

CLINIQUE CHIRURGICALE

DES

HOPITAUX DE PARIS



Ouvrages du même Auteur :

Chirurgie journalière des hôpitaux de Paris. Répertoire de thérapeutique chirurgicale. Deuxième édition. Paris, 1877. Un volume in-8 de 400 pages, avec 200 figures.

Leçons de clinique chirurgicale du professeur Nélaton (*Gaz. des hôpitaux,* 1862).

Des abcès rétro-pharyngiens idiopathiques, 1867.

Recherches anatomiques sur les veines de la vessie et sur les plexus veineux intra-pelviens, avec planches. (*Journal d'anatomie et de physiologie,* 1869.)

Anatomie et pathologie des maxillaires (os et articulations). (*Dict. encyclopédique des sciences médicales,* 1870.)

Péritonite mortelle à la suite d'un simple toucher vaginal (*Gaz. des hôpitaux,* 1872.)

Des os sésamoïdes chez l'homme (Anat. phys. path. avec fig.). (*Journal d'anatomie et de phys.,* 1872.)

Deux cas de tumeur fibro-plastique de l'œil et de l'orbite, avec 2 planches coloriées. (*Bulletin de la Société de médecine de Paris,* 1872.)

Anatomie, physiologie et pathologie du nerf médian. (*Diction. encycloped. des sciences médicales,* 1872.)

Remarques sur les blessures par armes à feu observées pendant le siége de Metz (1870) et celui de Paris (1871), avec 8 planches coloriées. (*Arch. générales de médecine,* 1872.)

Description et structure de la tunique musculaire de l'œsophage chez l'homme et chez les animaux. (*Journal d'anatomie et de physiologie,* 1872.)

Du tissu conjonctif ou lamineux (avec planche), 1872.

Note pour servir à l'histoire de l'uréthrocèle vaginale. (Lue à la Société de chirurgie, 1873.)

Articles bibliographiques (Anatomie, Physiologie, Chirurgie). Extraits du *Bulletin général de thérapeutique méd. et chirurg.,* 1873.)

Du cérat (emploi thérapeutique). (*Dict. encyclop. des sciences méd.,* 1873.)

De l'imperforation de l'hymen, au point de vue clinique et opératoire. (*Annales de gynécologie,* 1874.)

Sur une variété peu connue de loupe du cuir chevelu (loupe à contenu mixte). (*Bulletin de la Soc. de méd. de Paris,* 1874.)

De l'emploi du seigle ergoté dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. (*Revue de thérap. médico-chirurg.,* 1874.)

Des ostéo-sarcomes articulaires et péri-articulaires, et des difficultés de leur diagnostic. (*Bull. Soc. chir.,* 1875.)

De la charpie (*Dict. encyclop. des sciences médicales,* 1875.)

Des ciseaux (avec figures). (*Dict. encyclop. des sciences médicales,* 1875.)

Des difficultés de diagnostic de certaines tumeurs liquides palmaires et plantaires. (*Bull. de la Soc. de méd. de Paris,* 1875.)

Des abcès puerpéraux de la mamelle. (*Bull. de la Soc. de méd. de Paris,* 1875.)

Du collodion (emploi thérapeutique). (*Dict. encyclop. des sciences méd.* , 1876.)

Des divers traumatismes produits par la bouche du cheval. (*Bull. de la Soc. de chir.,* 1876.)

De l'emploi du thermo-cautère dans l'ablation des tumeurs. (*Union Médicale,* 1re série, 1876.)

Deux opérations d'ovariotomie pratiquées avec succès. (*Union Médicale,* 12 et 27 février 1877.)

Du cou (anat. et chirurgie). — (*Dict. encyclopédique des sc. méd.,* 1877.)

Atrésie complète de l'anus. Entérotomie périnéale. Proctoplastie. Guérison. (*Union Médicale,* avril 1877.)

CLINIQUE CHIRURGICALE

DES

HOPITAUX DE PARIS

PAR

LE DOCTEUR P. GILLETTE

Chirurgien des hôpitaux
Ancien prosecteur de la Faculté de médecine
Membre de la Société de chirurgie.

AVEC FIGURES INTERCALÉES DANS LE TEXTE.

> Socrate avait coutume de dire à ses disciples : Ne vous occupez point à regarder les *météores,* et il avait bien raison : l'esprit humain, en voulant prendre son vol trop haut, se perd dans les brouillards. D'ailleurs, toute théorie qui n'est point la conséquence nécessaire, la loi reconnue des faits, rencontre bientôt, quelque spécieuse qu'elle soit, une autre théorie qui la combat à outrance.
>
> Attachons-nous donc à la pratique, non la pratique routinière, qui a son mémorial tout prêt pour chaque symptôme, mais la pratique basée sur l'étude comparée des lésions organiques, de la vertu réelle des agents thérapeutiques, et de la marche naturelle des maladies : c'est la voie la plus sûre de faire progresser la médecine.
>
> (GILLETTE père. — Discours prononcé à la Société médicale d'émulation, janvier 1859.)

PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

Rue Hautefeuille, 19, près du boulevard Saint-Germain.

1877

AVANT-PROPOS

Frappé de l'intérêt que présentaient un grand nombre de faits cliniques dont j'étais journellement témoin dans les principaux services hospitaliers de Paris, j'ai pensé qu'il serait utile de retracer le tableau varié et essentiellement pratique de ces cas de chirurgie.

Toutefois, je ne me suis pas borné uniquement à rassembler des faits, des observations dont j'ai cherché du reste à donner, autant que possible, le résultat définitif : j'ai pris à tâche, dans les considérations dont j'ai fait suivre ou dont j'ai accompagné la description de chacun de ces cas, d'en rapprocher à dessein ceux qui, offrant une certaine analogie, sont déjà connus dans la science, de façon à permettre au lecteur de les contrôler avec plus de facilité et de se rendre un compte plus exact des déductions pratiques que nous avons tirées de leur enseignement.

Ces réflexions, où nous avons émis notre opinion personnelle, nous ont été inspirées par le précieux souvenir que nous ont laissé les leçons cliniques des Nélaton, des Denonvilliers, des Michon, dont nous avons pu apprécier l'éminent sens pratique lorsque nous étions leur interne. « Soyons, avant tout, des praticiens, » nous disait souvent Denonvilliers : c'est la ligne de conduite que nous avons scrupuleusement suivie dans la rédaction de la *Clinique chirurgicale des hôpitaux de Paris*.

Tout en donnant, dans notre travail, la plus large part au côté purement clinique, c'est-à-dire à l'étude des *symptômes*, du *dia-*

gnostic, des *indications thérapeutiques*, et à l'exposé des diverses *méthodes opératoires* les plus nouvelles, nous n'avons pas négligé les détails d'*anatomie pathologique*, et, chaque fois que l'occasion s'est offerte, nous avons insisté sur les grands services que l'*histologie* rend au diagnostic des affections chirurgicales.

Enfin, les *indications bibliographiques* nombreuses qui se trouvent disséminées dans le courant de chacune de ces revues pourront venir en aide aux élèves dans la rédaction de différents mémoires ou dans celle de leurs thèses.

Les sujets qui ont reçu le plus de développement ont trait au *tétanos traumatique* et à ses divers modes de traitement, au *sarcome* de l'appareil de la vision et à la *mélanose*, aux *polypes fibreux de l'utérus*, aux *fractures spontanées*, aux *luxations du pouce* et *de la cuisse*, aux *tumeurs érectiles*, à l'histoire de la *ladrerie* chez l'homme, etc.

Ce travail n'est pas l'œuvre d'un jour; c'est encore moins une improvisation : c'est le résultat de quatre années de recherches publiées, à mesure que s'offraient les cas de chirurgie, dans l'Union Médicale, et dont je donne aujourd'hui l'ensemble. Puisse-t-il être jugé utile par les praticiens, auxquels je le destine.

Dr Gillette.

CLINIQUE CHIRURGICALE

DES

HOPITAUX DE PARIS

I

Sommaire. — Fracture du sternum. — Fracture de la colonne vertébrale. — Luxation complète de l'astragale. — Entorse suivie de suppuration profonde du membre. — Arthrite sèche chez un enfant de 15 ans. — Plaie de l'artère radiale. — Mortification de l'avant-bras par brûlure. — Section du tendon d'Achille. — Accidents consécutifs des plaies par armes à feu. — Sarcocèle ossifiant et enchondromateux. — Adénome sudoripare du nez.

Le service de M. le docteur Desprès, à l'hôpital Cochin, renferme actuellement une série d'affections chirurgicales variées, quelques-unes même assez rares : nous avons choisi, parmi les *lésions du squelette*, les *plaies*, les *maladies des organes génitaux* et les *néoplasmes*, les exemples qui nous ont paru offrir le plus d'intérêt au point de vue clinique et pratique.

1° Lésions du squelette. — Un homme adulte porte une *fracture transversale de la deuxième pièce du sternum* par cause directe; c'est à la suite d'un coup de poing que l'accident lui est arrivé. Sans déplacement, cette fracture n'a été jusqu'à présent la cause d'aucune complication, soit du côté du poumon, soit du côté du cœur. La fracture est évidente, car la crépitation a été sentie à diverses reprises ; comme il est impossible ici, pour percevoir ce phénomène, de saisir les fragments et de les mouvoir l'un sur l'autre, on n'a qu'à faire bomber en avant le sternum, en mettant sous la région dorso-lombaire un coussin un peu dur; alors, deux doigts placés au-dessus et deux autres au-dessous du point fracturé, figurant le mouvement que l'on fait pour chercher la fluctuation dans une poche liquide, font basculer les deux fragments en sens opposé, ce qui donne lieu à une crépitation osseuse caractéristique.

Une fracture du rachis, chez un homme de 25 ans, existe au niveau du corps de la troisième vertèbre lombaire; aucune déformation n'est visible sur la crête spinale, parce qu'il y a eu tassement d'un des corps vertébraux sans déplacement latéral; comme la lésion siége très-bas, et que c'est la partie de la moelle épinière désignée sous le nom de queue de cheval qui est en souffrance, le malade ne présente aucun phénomène paraplégique. La paralysie est bornée aux organes du petit bassin, qui

sont seuls atteints dans leurs fonctions; la vessie a perdu sa force de contraction et ne peut concourir à l'expulsion des urines; de même, pour le rectum : il y a rétention des matières fécales, et cet homme ne sent pas les lavements qui lui sont administrés depuis quelques jours. Comme il est dans de bonnes conditions relatives, qu'il est jeune, que la fracture est sans déplacement, et qu'aucun travail inflammatoire du côté de la moelle n'est venu compliquer la lésion vertébrale, on ne désespère pas de le voir guérir.

Tout récemment, et dans la même salle, on a eu l'occasion d'observer l'*écrasement de deux disques inter-vertébraux* (entre la quatrième et cinquième et entre la sixième et septième vertèbre cervicale), sur un homme qui avait fait une chute d'un lieu élevé, et chez lequel on avait cru, avant la mort, à une lésion de la boîte crânienne; le plus curieux, dans cette observation, c'est qu'il n'existait chez ce malade aucune compression de la moelle épinière. La pièce a été présentée à la Société anatomique.

Un exemple bien intéressant de *luxation complète de l'astragale droit sans plaie* est aussi tout récent dans ce service. Un cocher conduisait un jeune cheval; l'animal, effrayé, s'emporta et la voiture alla heurter violemment contre un mur; l'homme fut lancé à terre, où le pied droit porta à faux; il fut relevé et amené à l'hôpital; voici la lésion qu'il présentait : On vit et on sentit, à la région antéro-externe du pied droit, une tumeur arrondie, dure, dans laquelle une exploration attentive, d'autant plus facile qu'il n'existait encore aucune tuméfaction, permit de reconnaître, à travers les tissus restés sains, la tête, le col et la poulie de l'astragale; au niveau de cette tumeur osseuse, la peau amincie et tendue offrait une légère coloration rougeâtre. M. Desprès fit faire le moule sur place et tenta la réduction; il y réussit, au moins pour la tête, qu'il put mettre en contact avec la concavité du scaphoïde ; quant à la réduction de la poulie astragalienne dans sa mortaise, elle fut impossible : on plaça le pied, recouvert de cataplasme, dans l'immobilité la plus absolue. Actuellement, voici l'état dans lequel se trouve le malade : Le pied, qui est modérément gonflé, offre à son côté antéro-externe une saillie anormale constituée par la poulie de l'astragale non réduite; de plus, il existe, dans tous les points comprimés par cet os avant la réduction, et qui étaient rouges à l'entrée du blessé, une plaque noire de gangrène sèche. L'état général est bon. M. Desprès attend pour intervenir que cette mortification, qui, à sa chute, déterminera très-probablement une plaie pénétrante de l'articulation tibio-tarsienne, se soit entièrement éliminée; peut-être faudra-t-il avoir recours alors à une opération radicale.

On sait combien il règne encore d'obscurité dans l'histoire des luxations du pied; cependant, depuis les travaux de Nélaton, de Broca (1853), de Dubrueil (th. 1866); depuis l'importante discussion qui a eu lieu, en 1861, à la Société de chirurgie, à propos de malades présentés ou d'observations communiquées par

MM. Chassaignac, Verneuil, Mirault (d'Angers), etc.; depuis ces travaux, dis-je, on est d'accord pour établir ces deux grandes classes dans les luxations astragaliennes : la première, dite *luxation complète, luxation double* de Malgaigne, *luxation triple* de M. Dubrueil, ou, mieux, luxation par *énucléation*, car cette dénomination semble tout de suite rappeler que les ligaments, et principalement le trousseau fibreux astragalo-calcanéen, ayant été déchirés, l'os a été chassé de la mortaise de la jambe et de la cavité du scaphoïde, perdant également, au moins en partie, ses rapports avec le calcanéum ; la seconde, la *luxation partielle*, où l'astragale conserve encore quelques points de contact avec l'un ou plusieurs des os voisins (mortaise, scaphoïde, calcanéum), et dont la variété la plus fréquente est la sous-astragalienne.

Ce qui me frappe le plus, dans toutes les observations présentées à la Société de chirurgie, est la rareté de la luxation de l'astragale sans plaie à la peau, sans lésion malléolaire, sans fracture du col ou écrasement de l'os; en général, un pareil déplacement ne peut avoir lieu qu'après un traumatisme considérable, qui ne se borne pas à l'astragale et à ses ligaments, mais retentit encore à la périphérie. Dans le cas bien curieux que nous a offert le malade du service de M. Desprès, c'est à la première variété que je viens d'esquisser rapidement, c'est-à-dire à l'*énucléation* de l'astragale, qu'on a eu très-probablement affaire ; le vide que les doigts ont constaté en dedans, au niveau de la place occupée normalement par l'os, et, d'autre part, ce fait qu'on a reconnu en dehors à travers la peau, la poulie, le col et la tête de l'astragale, nous font pencher vers cette opinion. Aucune solution de continuité, au moins primitive, ne s'est rencontrée dans cet exemple; mais, actuellement, la peau est escharifiée, et bientôt on verra apparaître une plaie consécutive et pénétrante à la suite de la chute de l'eschare. L'absence de plaie a engagé M. Desprès à essayer la réduction, au lieu d'avoir recours soit à l'arthrotomie, comme le veut M. J. Roux, soit à l'amputation sus-malléolaire, puis à temporiser.

Lorsque l'on sera arrivé à la seconde période de la maladie, après l'élimination des parties mortifiées, quelle est la voie que suivra le chirurgien ? Il est probable qu'il ne pourra plus se borner à faire de l'expectation, et que nous le verrons opter entre un de ces trois moyens : ou la désarticulation tibio-tarsienne secondaire, qui ne nous semble guère aujourd'hui préconisée que par M. J. Roux et quelques autres chirurgiens militaires, ou l'amputation sus-malléolaire adoptée par beaucoup de chirurgiens français, ou bien, enfin, l'extirpation consécutive de l'astragale, opération qui paraît avoir été faite jusqu'à présent avec succès, puisque M. Broca, en 1861, annonçait à la Société de chirurgie que, sur 26 cas, il avait eu 24 guérisons, et que M. Dubrueil, dans sa thèse, en a réuni 30 (les précédents compris), sur lesquels 29 ont eu une terminaison heureuse. (Ce malade a succombé avant d'avoir subi aucune opération.)

Un jeune garçon de 17 ans nous présente aussi un cas assez remarquable de *sup-*

puration profonde de la jambe, à la suite d'une simple *entorse*, et à la formation de laquelle un état général assez grave n'a pas laissé que de contribuer pour une certaine part. Ce jeune homme, entré dans le service de médecine pour une fièvre continue, veut mettre pied à terre et se fait une entorse de l'articulation tibio-tarsienne gauche; on le fait passer en chirurgie et on traite cette lésion, qui paraît tout d'abord de peu d'importance, par le repos et les cataplasmes; au bout de quelques jours, on vit survenir un gonflement de tout le bas de la jambe, avec rougeur, œdème, puis fluctuation; des ouvertures multiples furent faites qui donnèrent issue au pus formé dans les gaînes des péroniers et au niveau des tendons extenseurs de la jambe; à travers les incisions, on aperçut des fongosités. Actuellement, le malade va mieux; la fièvre a presque disparu, et, au niveau de la jambe gauche, on ne voit plus que les traces du phlegmon profond suppuré, à la gravité duquel le malade a échappé, à cause de son extrême jeunesse; plusieurs ouvertures, restées encore fistuleuses, donnent du pus; mais la compression méthodique que l'on a exercée sur les tissus indurés, et encore un peu œdématiés du membre, en a bien fait diminuer le volume.

Citons enfin, comme lésion du squelette, un cas d'*arthrite sèche,* un de *nécrose de la mâchoire* et un exemple de *mal de Pott.* Cette *arthrite sèche* de l'articulation scapulo-humérale gauche offre cela de particulier, qu'elle est survenue à un âge un peu insolite, chez un pauvre enfant de 15 ans dont le père est déporté, et chez lequel la misère a été pour beaucoup dans le développement d'une affection qu'on n'observe généralement que beaucoup plus tard.

Une *périostite alvéolo-dentaire,* puis la *nécrose de l'angle du maxillaire* inférieur gauche sont survenues à la suite d'un phlegmon suppuré profond dont la cause déterminante réside dans le développement d'une dent de sagesse chez un homme d'une trentaine d'années.

Je ne fais, en dernier lieu, que mentionner ici l'emploi d'un nouveau genre de *corset*, très-facile à fabriquer, que M. Desprès emploie assez souvent pour maintenir la poitrine dans le cas de *mal de Pott*; il est obtenu à l'aide de linges enduits de silicate de potasse, qui constituent une *cuirasse* dont l'ouverture longitudinale antérieure a les deux bords percés d'œillets : un lacet passant par cet orifice peut, comme dans le corset ordinaire, serrer les deux côtés à volonté; cet appareil bien simple présente trois grands avantages : la facilité d'exécution, la solidité, l'économie.

2° Plaies. — Un homme, rentrant chez lui et voulant ouvrir sa porte dont il a perdu la clef, enfonce un carreau d'un coup de poing et se fait une *petite plaie transversale* au devant de l'artère radiale; un jet de sang indique immédiatement que cette dernière a été lésée : un pharmacien lui fait un premier pansement; l'hémorrhagie se renouvelle quelques minutes après et le force d'entrer à l'hôpital.

L'interne de service met à nu la plaie, par laquelle le sang coule en assez grande abondance, et constate que la compression de l'artère radiale au-dessous de la blessure arrête complétement l'hémorrhagie *sans que l'écoulement sanguin se reproduise par le bout supérieur du vaisseau*, ou plutôt la partie supérieure de la plaie ; de plus, il sent les pulsations artérielles s'effectuer au-dessus et au-dessous de la solution de continuité; mais elles sont beaucoup plus intenses au-dessous. Se fondant sur ce que l'hémorrhagie est complétement arrêtée par la compression au-dessous, il en établit une permanente à ce niveau et, pour plus de sûreté, met un tampon compressif sur l'artère cubitale et un autre au-dessus de la plaie : l'hémorrhagie ne s'est plus reproduite depuis douze jours. Aujourd'hui, la cicatrisation est avancée, et on sent encore les pulsations de la radiale beaucoup plus marquées au-dessous de la blessure qu'au-dessus. Tout porte à croire qu'on a eu affaire ici seulement à une petite *piqûre* du vaisseau radial; mais il n'était pas moins intéressant de mentionner un exemple de plaie de cette artère dans laquelle la compression, et surtout celle exercée au-dessous de la blessure, a suffi pour arrêter tout écoulement sanguin, sans qu'on ait eu recours à la ligature du vaisseau. J'appellerai aussi l'attention sur la prédominance d'intensité des pulsations au-dessous de la plaie : elle s'explique facilement par la large anastomose que les deux arcades palmaires établissent dans la main entre la cubitale et la radiale, et qui pourrait bien, avant que la cicatrisation ne soit complète, ramener une nouvelle hémorrhagie. (Un petit anévrysme faux consécutif a obligé d'avoir recours à la ligature du vaisseau.)

Un jeune homme, voulant se suicider, s'est donné plusieurs coups de couteau au côté gauche du thorax; une des plaies est plus profonde que les autres; car, à son niveau, le couteau est arrivé jusqu'à la plèvre, qu'il n'a pas intéressée; *la pénétration n'a donc pas été complète;* il n'y a eu ni hémorrhagie ni emphysème; mais une inflammation traumatique survenue du côté de la séreuse ne doit pas le faire considérer tout à fait comme hors de tout danger ultérieur.

Un autre malade nous montre le bénéfice que le chirurgien peut tirer de l'expectation dans les cas de *gangrènes traumatiques* (par brûlure) d'une portion de membre ou même d'un membre tout entier, sans le secours d'une opération anticipée, comme plusieurs praticiens le font encore aujourd'hui. Cet homme, ayant voulu s'asphyxier, laissa tomber sa main droite dans un fourneau ardent. A l'hôpital, le chirurgien constate une carbonisation complète de cette main et une mortification un peu moins avancée du tiers inférieur de l'avant-bras : il ne veut pas faire d'amputation et se contente de laisser le membre recouvert de cataplasme, s'en remettant aux chances de l'élimination spontanée. Voici ce qui s'est passé : La main s'est détachée entièrement; toutes les chairs de la moitié inférieure de l'avant-bras se sont éliminées depuis un mois et, aujourd'hui, la moitié inférieure du radius

et du cubitus est complétement dénudée au bout d'un moignon, où une plaie rose, bourgeonnante, de bonne nature, située un peu au-dessus du milieu de l'avant-bras, n'est pas encore séparée en entier d'un reste de tissus mortifiés qui vont se détacher en entraînant probablement les deux os. Si la chute de ces portions escharifiées tarde trop (on sait qu'elle se fait souvent par période de quinze à dix-huit jours), et s'il craint de voir les deux os faire saillie au niveau de la plaie du moignon, le chirurgien se propose de creuser dans les chairs un petit cône autour du squelette et de sectionner les deux os un peu au-dessus du point mortifié.

Nous avons observé deux cas de *section du tendon d'Achille*, tous deux du côté gauche et au niveau de la partie moyenne; c'est en tombant sur un pot cassé, sur un morceau de verre, que les malades se sont fait une plaie transversale ayant intéressé les trois quarts du tendon chez l'un, à peine le quart chez l'autre. La plaie a guéri, chez le premier, sans accident inflammatoire bien grave, et est en bonne voie de guérison chez le second. Le malade dont la plaie est fermée porte, au niveau de la solution de continuité, une cicatrice transversale enfoncée qui gêne quelque peu la marche. Un fait qui pouvait exposer à une erreur et faire croire, dans une de ces blessures, à la lésion de l'artère tibiale postérieure, qui, comme on sait, n'est pas très-éloignée, est le commémoratif fourni par le malade, qui prétend avoir, sur le moment, perdu plus de deux litres de sang. Il faut, surtout quand il s'agit d'hémorrhagie, se méfier de l'appréciation donnée par les malades sur la quantité de sang perdu et n'y ajouter, à moins de preuves évidentes, qu'une confiance tout à fait relative. En effet, ici l'artère tibiale n'a pu être lésée, car on sent les battements sur tout son trajet en avant du tendon d'Achille.

Deux malades du même service nous prouvent une fois de plus combien les coups de feu intéressant le squelette donnent lieu à des *suppurations interminables* ou à des *troubles permanents du côté de la fonction d'un membre*. Dans l'un des cas, le pied gauche fut traversé par une balle : le projectile entra au niveau de l'apophyse postérieure du cinquième métatarsien, lésant cet os et probablement le cuboïde, et allant ressortir en dedans et en arrière, après avoir traversé tout le calcanéum. La plaie interne se ferma vite; mais celle de la face dorsale continue toujours à suppurer et permet de sentir une carie-nécrose au fond de la solution de continuité. L'autre blessé ne présente que les cicatrices d'une plaie, suite d'un coup de feu qu'il reçut au Moulin-Saquet, et qui fractura la clavicule droite, pour ressortir au niveau du bord spinal de l'omoplate du même côté; il lui est resté une *atrophie incomplète du deltoïde*, par suite d'une lésion du *nerf axillaire*, et une atrophie également incomplète des muscles de l'avant-bras animés par le *nerf médian*, et particulièrement de l'éminence thénar. On pourrait, dans ce cas, ou bien soumettre les muscles paralysés à une gymnastique à l'aide de courants à forte tension, ou bien employer, comme le veut M. Le Fort, les *courants continus faibles*,

qui n'amènent pas de contraction musculaire, ne causent pas non plus de douleur au moment de la fermeture ou de la rupture du courant, mais agissent en modifiant la nutrition des muscles atrophiés, auxquels ils rendent, selon cet auteur, leur volume, leur motilité et leur énergie.

3o Organes génitaux. — Deux autres malades nous offrent les exemples intéressants de *tumeurs du testicule* dont le diagnostic a plus d'un côté embarrassant. L'un d'eux n'est entré dans le service que pour une plaque muqueuse située au niveau de la sous-cloison nasale, et ce n'est qu'accidentellement qu'il est venu à parler des deux tumeurs testiculaires qu'il porte, et contre lesquelles il ne réclame aucun traitement : cet homme, âgé de 47 ans, a senti se développer, il y a une trentaine d'années, dans le testicule gauche, puis dans le droit, une tumeur pour laquelle il a été réformé, mais qui ne l'a jamais beaucoup gêné, soit par des douleurs, soit par un accroissement exagéré ; il n'a jamais eu de goût très-prononcé pour les plaisirs vénériens; il est marié et n'a pas eu d'enfants. Voici ce que l'examen révèle : A gauche, la main trouve dans le scrotum, et occupant la place du testicule, une tumeur du volume d'un gros œuf de poule, très-lourde, d'une *consistance presque pierreuse* dans les trois quarts de son étendue, mais présentant cependant des points plus rénitents; en avant, une bosselure fluctuante; en bas et en dedans, une partie plus molle qui semble être le testicule, considérablement atrophié. La tumeur est assez régulière, lisse dans certains endroits, un peu plus bosselée dans d'autres ; elle s'arrête brusquement au niveau du cordon, qui n'offre rien de particulier. A droite, on trouve à peu près la répétition de la même tumeur; seulement, moins lourde, plus allongée dans le sens vertical, avec deux ou trois bosselures fluctuantes, et la position où se trouve la glande un peu plus nette. A quel diagnostic doit-on s'arrêter? Est-ce là un double fibrome du testicule, ou bien un sarcocèle cancéreux? Devons-nous opter pour la maladie kystique proprement dite? La durée très-prononcée de ces tumeurs, et surtout leur marche lente (elles datent de trente années), nous permettent d'écarter les deux premières hypothèses. L'idée se présente alors de sarcocèle enchondromateux avec kystes; mais on sait que l'affection mixte cartilagineuse, à laquelle les auteurs modernes ont donné le nom de *maladie kystique du testicule*, n'est pas aussi bénigne qu'on avait bien voulu le dire tout d'abord, et ne peut se greffer sur l'économie, aussi longtemps que les tumeurs que nous avons en vue ici, sans déterminer des accidents et se comporter, en un mot, comme le cancer. M. Desprès ne rejette pas la possibilité de kystes peu nombreux dans ces tumeurs, mais il croit surtout à une tumeur composée, *sarcocèle ossifiant et enchondromateux*. Ce cas est si insolite, que le chirurgien avait pensé un moment à une inclusion testiculaire, avec transformation de la glande, idée qui pouvait, jusqu'à un certain point, concorder avec la présence de kystes.

L'autre malade est un homme de 25 ans, qui entra dans le service pour une

orchite blennorrhagique; la forme de sa tumeur s'éloignant de celle que l'on rencontre ordinairement dans ce cas, on interrogea le malade, et on apprit que plusieurs traumatismes avaient laissé des traces successives sur le testicule, et auraient pu, jusqu'à un certain point, donner le change au chirurgien : à l'âge de 8 ans, ce malade se froissa violemment le testicule gauche en montant à cheval; il lui resta toujours depuis ce temps une dureté, et, douze ans après, il survint de ce côté une hydrocèle, reconnaissant peut-être pour cause la compression des vaisseaux épididymaires par les produits fibreux de l'hématocèle primitive; cette hydrocèle fut opérée deux fois; après chaque opération, on constatait une induration manifeste : ce sont ces accidents antérieurs qui ont amené un changement d'aspect insolite dans l'orchite blennorrhagique de ce malade, qui a présenté, en somme, à différents intervalles très-rapprochés, une hématocèle, une hydrocèle, enfin, une inflammation du parenchyme testiculaire.

4o Nous avons vu, il y a quelque temps, dans le service de M. le professeur Dolbeau, à Beaujon, une *hypertrophie des glandes sudoripares* (*cancroïde sudoripare*) siégeant sur l'aile droite du nez chez une femme : elle se présentait sous la forme d'une petite tumeur de la grosseur et de l'apparence d'une framboise, ayant de petits mamelons à sa surface et complétement indolente. M. Dolbeau se proposait de la mortifier par l'injection, à sa partie centrale, de deux gouttes de chlorure de zinc liquide.

M. Desprès vient récemment d'enlever également, chez une femme, une tumeur analogue à la précédente, et dont l'examen histologique a confirmé le diagnostic d'hypertrophie des glandes sudoripares : elle était située à la partie supérieure du côté gauche du nez.

Ces tumeurs, que M. le professeur Verneuil appelle *adénomes sudoripares*, ne se développent qu'avec beaucoup de lenteur et sont complétement indolentes au toucher; la peau est intacte autour d'elles : elles peuvent s'observer sur le tronc (M. Demarquay, Soc. de chir., 1869, en a enlevé une dans la région de l'aine), mais leur siége de prédilection est la face; c'est ce qui les a fait confondre longtemps avec les cancroïdes, dont elles peuvent être considérées, à notre avis, comme la variété la plus bénigne; mais les tumeurs épithéliales proprement dites se trouvent principalement situées au niveau du bord libre des ouvertures naturelles et empiètent sur ce bord, ce qui semble être l'exception pour la tumeur hypertrophique des glandes sudoripares.

II

Sommaire. — *Zona* du front et de la face (*zona d'origine ophthalmique*). Kérato-conjonctivite de l'œil gauche : relation de cause à effet entre l'altération des branches nerveuses et la cinquième paire, d'une part, et les phénomènes d'éruption cutanée et d'inflammation oculaire, d'autre part.

L'Union Médicale a entretenu tout récemment ses lecteurs de l'affection qui doit nous occuper aujourd'hui, en relatant trois observations intéressantes de M. le docteur Sichel, sur le *zona frontal* (oct. 21, 24, 1871), à propos desquelles il rappelle les faits de Hutchinson et Bowman.

Une malade, atteinte d'*herpès zoster* du front et de la face en même temps que d'une kérato-conjonctivite, et dont M. Duplay, à l'hôpital de la Pitié, a fait le sujet d'une de ses dernières cliniques, nous fournit la bonne occasion de revenir sur une affection dont l'espèce a longtemps échappé aux recherches; aujourd'hui, nous pouvons dire que la lumière s'est produite, au moins en partie, sur la nature et l'anatomie physiologique du zona. C'est encore aux faits cliniques, qui seront toujours pour nous une source fertile d'enseignements et de découvertes, parce que le praticien est obligé de les accepter tels qu'ils s'imposent d'eux-mêmes à son observation, c'est aux faits cliniques, dis-je, que nous devons d'avoir montré le *zona* sous ses différentes faces, d'en avoir dévoilé la cause première par l'explication anatomique des phénomènes apparents; d'avoir, en un mot, jeté un grand jour sur des points encore obscurs et où, faute de preuves suffisantes, l'imagination se laissait aller aux fantaisies les plus hypothétiques, comme celle, par exemple, qui rattachait seulement le zona à une affection gastrique. Dans le courant de nos études, nos maîtres nous avaient accoutumés à considérer simplement le zona comme une affection cutanée exanthémateuse unilatérale s'accompagnant d'une douleur portée parfois à des limites extrêmes; mais ce qui dominait était l'apparition des vésicules; l'éruption, dans notre esprit, était toute la maladie, que l'on s'efforçait de rattacher, la plupart du temps, à un état général. Cependant, les observateurs attentifs furent bien vite frappés de la disproportion notable qui existait entre l'éruption et la douleur; souvent, à un ou deux groupes de vésicules d'herpès, correspondaient des souffrances épouvantables qui persistaient même quelquefois après la disparition de toute trace d'exanthème. On se contentait encore de dire que l'herpès zoster se composait de deux éléments principaux : une *éruption vésiculeuse* et une *névralgie*, qui n'en était qu'un phénomène; mais pourquoi les douleurs surpassaient-elles souvent

de beaucoup en intensité l'étendue de la maladie cutanée? On n'en savait rien, et on se bornait à mentionner le fait, sans commentaire. D'autres observateurs vinrent qui refusèrent de donner à l'éruption le premier rôle et regardèrent le zona comme une *névralgie* donnant lieu au développement de vésicules d'herpès. Ce qui militait le plus en faveur de cette dernière manière de voir, c'est que le zona ne se comporte pas du tout comme les autres maladies de la peau : celles-ci, en effet, sont presque toutes soumises à la loi de symétrie, c'est-à-dire que ce qui existe à gauche existe du côté droit; or, il n'en est jamais ainsi pour l'affection qui nous occupe; elle est asymétrique, caractère qui est, comme on le sait, le propre des névralgies. Rapprochant ainsi, jusqu'à un certain point, cet exanthème de celui que l'on perçoit assez souvent à la suite des blessures des nerfs cutanés, ou même à la suite des névralgies simples dues à des causes internes, M. le professeur Romberg, de Berlin (*Deutsch. Klinic, Presse méd. belge* et *Revue médico-chirurgic. de Paris*, 1850, p. 300), plaçait la cause première de l'éruption dans l'*irritation des fibres nerveuses de la vie de nutrition.*

Plus tard, nous voyons Trousseau, MM. Hardy et Bazin, dans leurs cliniques, mentionner l'altération concomitante de l'œil (kératite ou iritis) avec la présence de l'herpès zoster du frontal et de la face; mais, pour eux, ce n'est là qu'une simple coïncidence, une complication fortuite, et c'est à peine s'ils admettent, comme hypothèse, la relation des deux maladies entre elles. Ce n'est qu'en 1865 qu'un observateur anglais, Hutchinson, avança que l'affection oculaire ne devait pas être considérée comme un phénomène du zona frontal et nasal, mais que toutes deux (éruption et inflammation de l'œil) étaient deux éléments marchant parallèlement, quoique l'un pût exister sans l'autre, et provenant d'une même altération anatomique, dont il fallait faire remonter la source dans la branche ophthalmique de Willis (de la cinquième paire) ou, tout au moins, dans l'un de ses rameaux. Nous verrons plus loin que des travaux récents sont venus confirmer l'opinion du praticien anglais et fournir à son appui des preuves irréfutables.

La malade sur laquelle M. Duplay vient de faire une clinique d'autant plus intéressante que le sujet ne semblait pas tout d'abord prêter à des considérations aussi étendues, est une femme de 40 ans, d'une intelligence un peu bornée; elle donne cependant des détails assez précis relativement à la manière dont débuta sa maladie : il y a un mois, elle vit apparaître, sur la moitié gauche du front et du nez, quelques boutons dont l'éruption s'accompagna presque immédiatement de douleurs très-vives, occupant les parties correspondantes du crâne et de la face, mais prononcées surtout au niveau de la région orbitaire et de celle du sourcil. A peine quelques jours s'étaient-ils écoulés, que son œil gauche devint rouge, larmoyant, et supporta difficilement la lumière; ce dernier symptôme s'accrut au point que la malade se mit à cligner continuellement de l'œil gauche, parce que la moindre

clarté un peu vive impressionnait trop fortement la vue de ce côté; elle entre donc aujourd'hui à l'hôpital, exclusivement pour son affection oculaire, dont le diagnostic n'offre, du reste, aucune difficulté sérieuse. En effet, on voit tout de suite, comme signe objectif, que la cornée a perdu sa transparence, surtout dans la moitié externe; elle est devenue presque opaque dans un point, opaline dans d'autres, et, tout autour, la conjonctive possède de nombreux vaisseaux injectés de sang. Si on ajoute, comme troubles fonctionnels, une photophobie assez intense et une diminution notable de la vision, on a un ensemble de phénomènes qui permettent de reconnaître une *kératite interstitielle* ou, mieux, une *kérato-conjonctivite*, de forme subaiguë, avec infiltration plastique entre les lames de la cornée. L'iris ne semble pas enflammé. Cette malade ne se plaint que de son œil et de ses douleurs orbitaires; mais une autre chose frappe immédiatement l'attention du chirurgien, je veux parler de *vésico-pustules* existant par groupe sur le front, et au niveau desquelles, au moins dans certains endroits, le derme est ulcéré superficiellement : des croûtes jaunâtres, aplaties, mais peu épaisses, remplacent l'éruption sur plusieurs points, ou plutôt en sont la conséquence. Les affections pustuleuses proprement dites donnent lieu, par la dessiccation du pus, à la formation de croûtes d'une épaisseur quelquefois d'un centimètre et plus; rien de semblable ici, et il est facile de reconnaître, chez cette femme, une maladie vésiculeuse en voie de transformation; mais ce qui la caractérise comme étant un *herpès zona,* c'est qu'elle est limitée au côté gauche du crâne et de la partie supérieure de la face, principalement le nez, sans dépasser la ligne médiane. Nous avons donc affaire à un *zona fronto-nasal* s'accompagnant de kérato-conjonctivite, ou plutôt coexistant avec cette inflammation oculaire; mais y a-t-il entre les deux une relation de cause à effet?

C'est là un point qui nous paraît à peu près élucidé aujourd'hui. Et, d'abord, il est actuellement bien démontré que le zona des autres parties du corps est de nature nerveuse; qu'il faut en chercher l'origine dans l'altération d'un ganglion spinal ou des filets d'un nerf, dont la distribution est en quelque sorte représentée par l'éruption vésiculeuse des parties molles animées par ces filets. Des autopsies ont permis de constater le fait pour les nerfs intercostaux et le zona du tronc; on a pu même, dans un cas, suivre la névrite intercostale jusqu'au ganglion vertébral. M. Charcot (*Mémoires Soc. biologie*, 1860) a publié une observation très-intéressante de zona du cou, dans lequel l'examen anatomique a fait reconnaître d'une façon péremptoire l'inflammation d'un ganglion spinal et de plusieurs filets du plexus cervical, sur le trajet desquels l'éruption vésiculeuse cutanée avait apparu dans une moitié latérale de cette région.

Il était naturel qu'on dût rechercher par analogie, avec ce qu'on trouve dans le zona le plus ordinaire de la poitrine et dans celui du cou, qu'on dût prévoir même une relation entre le zona des autres régions du corps et l'altération des nerfs cor-

respondants. Je ne sais si la chose a été tentée, relativement au zona du ventre, et si on est arrivé à des résultats probants ; mais je puis dire que la question est complétement jugée en ce qui concerne celui du front et de la face. C'est à Hutchinson (*Ophthalmic, Hospital reports*, 1865 et 1866) que l'on doit d'avoir établi, le premier, la relation existant entre le zona frontal et l'altération correspondante de l'œil, et d'avoir démontré que cette inflammation, soit de la cornée, soit de l'iris, ne peut pas être regardée comme une complication du zona, mais bien comme un des éléments d'une même maladie, dont il faut rechercher l'origine dans les branches du nerf de la cinquième paire. Il a le mérite, dans son travail, d'avoir décrit minutieusement l'éruption du front et de la face, sa disposition, le trajet des vésicules, les cicatrices indélébiles auxquelles elle donne lieu, contrairement à ce qui s'observe ailleurs; d'avoir rassemblé les diverses observations qui touchent à ce sujet, et d'avoir jeté un jour nouveau sur l'anatomie et la physiologie pathologique de cette affection.

Après lui, M. Steffan, oculiste à Francfort-sur-le-Mein (*Klinische Erfahrungen and studien*, 1867-1869; *Erlangen*, 1869), est venu ajouter quelques observations personnelles aux faits déjà acquis, ainsi que plusieurs remarques d'importance. Enfin, en 1869, la thèse de M. Iacksch, de Breslau, et celle de M. Kochs (1870), de l'Université de Bonn, résument tout ce que la science possède sur cette relation, qui nous semble aujourd'hui bien établie. Ils font voir que la même branche nerveuse, dont l'irritation a donné l'éruption vésiculeuse, a également réagi sur les fonctions de l'œil où vont se distribuer quelques-uns des filets nerveux.

M. A. Hybord a rassemblé, dans sa thèse inaugurale, qu'il va soutenir prochainement sur ce sujet intéressant, une centaine d'observations environ, parmi lesquelles sont consignés six nouveaux exemples qu'il a pu recueillir dans différents services de Paris. La branche ophthalmique de Willis (5me paire) se divisant en trois rameaux (frontal, nasal, lacrymal), c'est sur les parties cutanées de la face qui correspondent au trajet anatomique de ces rameaux que se fait le développement des vésicules herpétiques; si le rameau frontal est seul intéressé, on a le *zona frontal* simple, c'est-à-dire que la partie du cuir chevelu correspondant au front est seule envahie par l'éruption ; les douleurs névralgiques sont limitées à la région sus-orbitaire; mais la vue, dans ce cas, n'est aucunement troublée, et l'inflammation de la cornée et de l'iris n'existe jamais ; rien d'étonnant à cela, si l'on songe que le rameau frontal ne fournit, au point de vue anatomique, ni au ganglion ophthalmique ni aux autres parties du globe oculaire. Si, d'autre part, les vésicules se développent en même temps sur le front et sur les parties latérales du nez (et c'est le cas auquel nous avons affaire pour la malade de M. Duplay), c'est là une preuve que les rameaux frontal et nasal sont envahis tous les deux; et, puisque le nasal se distribue, comme on le sait, dans l'orbite, soit au ganglion ophthalmique par un filet long et grêle,

soit directement aux nerfs ciliaires, il n'est pas étonnant de voir survenir des phénomènes morbides du côté de l'œil, spécialement la kérato-conjonctivite, comme nous en voyons un exemple ici. Ainsi donc, au *zona frontal* simple ne correspondra pas une maladie oculaire, ce qui aura lieu, au contraire, pour le *zona nasal;* on peut même, *à priori*, lorsque les vésicules herpétiques de cette nature se développent sur les côtés du nez, s'attendre presque fatalement à voir se manifester des troubles d'une ou plusieurs membranes de l'œil correspondant. Hutchinson va plus loin : il donne ce fait comme une loi absolue.

L'origine, de nature nerveuse pour le zona ophthalmique (zona frontal et nasal), de même que pour le zona intercostal, est non-seulement démontrée par la clinique, qui nous fait voir l'identité de distribution des vésicules d'herpès et des rameaux de la branche ophthalmique, mais encore par des preuves anatomo-pathologiques palpables : ainsi, M. Iacksch, cité plus haut, a vu des légions nerveuses remonter jusqu'au ganglion ophthalmique, mais ne point dépasser ce ganglion. M. Oscar Wyss, professeur à Zurich, a été encore plus heureux dans ses recherches; car il a pu établir d'une façon encore plus manifeste la relation intime qui existe matériellement entre le zona et l'inflammation oculaire. Cet auteur, en effet (*Arch. fur Heilkunde,* 1871, contributions au zona ophthalmique), a vu la névrite de la cinquième paire remonter jusqu'à l'origine de la branche ophthalmique de Willis, c'est-à-dire jusqu'au ganglion de Gasser; il a constaté, dans une nécropsie, une altération de ce ganglion dans sa *portion interne* seulement, c'est-à-dire dans le point qui donne émergence à la branche ophthalmique du trijumeau. Cette lésion a consisté dans une extravasion sanguine, une destruction des cellules ganglionnaires et une infiltration purulente d'une partie de ce ganglion.

Le zona de la face et du front ne doit donc plus être désormais considéré, pas plus que le zona des autres parties du corps, comme une affection cutanée purement exanthématique. Cette éruption est une manifestation symptomatologique, comme, du reste, l'affection oculaire elle-même, d'un processus de nature congestive et inflammatoire, siégeant primitivement dans un ou plusieurs rameaux de la branche ophthalmique de Willis et dans le ganglion de Gasser; mais, suivant certaines conditions anatomiques faciles à saisir, tantôt l'œil reste sain, tantôt il est malade. Les altérations de l'œil, que l'on perçoit surtout dans le *zona ophthalmique*, sont celles de la cornée; ou bien c'est une kératite simple; ou bien, l'inflammation s'étendant à la conjonctive, on a affaire alors à une kérato-conjonctivite, comme pour la femme du service de M. Duplay. La cornée, chez elle, ne porte pas d'ulcération proprement dite à sa surface; il ne semble y avoir là qu'une érosion superficielle, avec dépôt plastique très-épais entre les lames cornéennes. Parfois, la kératite et l'iritis existent ensemble, et, comme toutes deux sont survenues simultanément, on peut dire que l'inflammation de l'iris n'est pas seulement une complication ou une propaga-

tion de la lésion de la cornée. Il est des cas où l'iris seul est atteint, sans aucun trouble du côté des membranes superficielles du globe oculaire; enfin, on a observé encore d'autres lésions que celles que je viens de mentionner; on a vu, par exemple, survenir, dans le courant du zona ophthalmique, des *paralysies musculaires* qui ont donné lieu à un *strabisme consécutif* permanent, ayant nécessité une opération après la guérison du malade.

L'éruption vésiculeuse n'est pas toujours superficielle; elle creuse très-légèrement le derme, quelquefois même y détermine de petites ulcérations; presque constamment chaque vésicule, après la chute de la croûte qu'elle forme en se desséchant, laissse une tache, le plus souvent peu prononcée, mais qui est indélébile, et qui offre quelque rapport avec la cicatrice du bouton de la variole. Chez notre malade, il en existe plusieurs de cette espèce sur les parties latérales du nez. Nous dirons à cette occasion, mais sans y insister, que les ulcérations consécutives à l'herpès zoster en général ne sont pas chose rare, et que même on a vu survenir de véritables gangrènes ayant amené la mort des malades.

Un phénomène important à noter dans le *zona ophthalmique* est l'*anesthésie* existant, soit dans les portions de la peau couvertes par l'éruption, soit au niveau de la cornée, si l'inflammation siége sur cette membrane. Ces phénomènes d'insensibilité cutanée sur le trajet de la branche nerveuse atteinte, forme un singulier contraste avec les douleurs spontanées, et quelquefois très-intenses, accusées par le sujet; ils peuvent persister sur la cornée après entière guérison, et même dans les points qui n'ont pas été atteints par l'inflammation durant le cours de la maladie. Notons, enfin, la situation de ce zona à gauche, ce qui le rapproche encore, à ce point de vue, de l'herpès zoster des autres parties du corps. Quant à la thérapeutique, elle doit s'adresser, comme dit M. Duplay en finissant sa clinique, à la kératite, à l'éruption vésiculeuse, à la névralgie. Pour combattre l'intensité de la douleur, nous devons préférer les injections sous-cutanées qui, répétées plusieurs fois, amènent généralement une détente dans les souffrances du malade. Si cependant la douleur ne peut être vaincue par cette méthode, le chirurgien se trouve quelquefois dans l'obligation d'en venir à la section sous-cutanée du nerf frontal; mais il ne doit avoir recours à cette opération qu'en désespoir de cause, et après avoir épuisé les autres ressources de la thérapeutique.

III

Sommaire. — *A.* Exstrophie de la vessie; nouveau procédé d'autoplastie. — *B.* Résection du premier métatarsien et de la première phalange. — *C.* Kyste de la mâchoire inférieure.

A. Un cas d'*exstrophie vésicale*, chez un jeune garçon de 15 ans, bien constitué, a fourni récemment l'occasion à M. le docteur Le Fort (hôpital Lariboisière) de faire l'application d'une méthode autoplastique nouvelle. Cette exstrophie ne présente d'ailleurs rien de spécial et rentre tout à fait dans le type décrit par les auteurs qui se sont occupés de ce vice de conformation; seulement, la solution de continuité de la paroi abdominale ne remonte pas jusqu'à l'ombilic, et les pubis sont peu écartés. Le sujet n'offre aucune hernie concomitante; les enveloppes des bourses n'ont rien de particulier et renferment dans leur intérieur les deux testicules normaux, mais peu volumineux; la verge est, comme d'habitude, courte et fendue en demi-gouttière tout le long de la paroi supérieure (épispadias); le prépuce, séparé aussi en haut et *pendant au-dessous du gland,* offre une largeur relativement considérable; quant au frein, il est bien marqué et ne présente aucune anomalie, pas plus que le raphé médian du scrotum, qui est très-distinct. M. Le Fort, se fondant sur ce que, dans des cas analogues, les tentatives chirurgicales ont été suivies parfois de succès ou au moins d'une grande amélioration, a essayé de reconstituer du même coup, par l'autoplastie, la partie antérieure de la vessie et la partie supérieure du canal uréthral. Le chirurgien a mis à profit, dans cette circonstance, toute la longue portion du prépuce qui pendait au-dessous de la verge et qui lui a paru pouvoir, en raison de sa laxité, lui servir de lambeau inférieur; quant au supérieur, il l'a emprunté, comme d'habitude, à la paroi abdominale. Voici comment il a procédé dans la taille de ces deux lambeaux autoplastiques : Saisissant toute la partie pendante du prépuce, il la détacha en entier par la dissection, à l'aide du bistouri, de la face inférieure du pénis, la laissant adhérer par ses deux extrémités aux bords de ce dernier organe, qu'il respecta de façon à diminuer les chances consécutives d'infiltration urineuse; puis il sectionna ce lambeau transversalement en arrière, au point de jonction du fourreau de la verge avec le scrotum. M. Le Fort fit alors basculer ce *pont* ou *lambeau préputial* par-dessus la verge, dont l'extrémité glandaire passa facilement par le trou qui venait d'être pratiqué, et appliqua sa face saignante sur celle d'un *lambeau abdominal* taillé en demi-cercle et rabattu directement par

2

sa face cutanée sur la demi-gouttière de l'épispadias; des points de suture nombreux maintinrent les deux lambeaux en place et l'urine coula immédiatement par ce nouveau canal, dont les parois furent maintenues écartées par une sonde. Malheureusement, une portion latérale du lambeau abdominal s'est mortifiée, ce qui prive en partie le malade de tout l'avantage qu'il aurait retiré de cette opération, si le succès avait été complet. Quoi qu'il en soit, ce jeune garçon, et c'est lui-même qui le dit, a bénéficié de cette autoplastie, qui diffère, comme on le voit, du procédé de M. le professeur Nélaton en ce que, au lieu de prendre un lambeau scrotal, M. Le Fort s'est contenté de tailler un *lambeau préputial;* actuellement, la paroi postérieure de la vessie, qui constitue l'exstrophie, est protégée dans une grande étendue; seulement, l'urine coule à la fois et par le nouveau canal et par la solution de continuité latérale qu'a laissée, en tombant, la mortification partielle du lambeau.

B. M. Le Fort a pratiqué, chez un jeune garçon de 19 ans, une *résection du premier métatarsien droit* et de la *première phalange* du gros orteil dans des conditions spéciales, et avec une modification, sinon nouvelle, du moins fort intéressante à mentionner. A la suite de fongosités développées dans une bourse séreuse accidentelle qu'il portait depuis fort longtemps à la partie interne de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil droit, ce jeune homme a vu survenir, au niveau du bord interne du pied, et d'une façon chronique, une rougeur diffuse, du gonflement et une douleur persistante; tout travail devint impossible; enfin, plusieurs abcès s'ouvrirent et se transformèrent en fistules donnant issue à une quantité assez grande de pus sanieux. A l'entrée du malade, il existait sur tout le bord interne, et un peu sur la face dorsale correspondant au premier métatarsien, un empâtement considérable de toutes les parties molles, annonçant par avance que les os, dont l'exploration permit de constater d'une façon physique l'altération, étaient loin d'être sains; d'autre part, on voyait des fongosités faire saillie à l'extérieur par un des orifices fistuleux; enfin, le stylet arrivait sur des portions d'os dénudées et crépitantes, ce qui fit diagnostiquer un travail d'ulcération osseuse ou de fongosité carieuse au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, et une carie-nécrose du premier métatarsien et de la première phalange. Les modificateurs généraux, administrés en prévision de la diathèse scrofuleuse, n'ayant eu aucune influence; et, d'autre part, dans la crainte, si on abandonnait la maladie à elle-même, de voir survenir d'autres accidents, tels qu'un décollement plus étendu, une suppuration diffuse, la propagation du mal à d'autres os du pied, etc., M. Le Fort se décida à pratiquer la résection des os malades. Le premier temps de l'opération consista à faire sur le dos du pied, près de son bord interne, une longue incision longitudinale, commençant en arrière, au niveau du premier cunéiforme,

et arrivant antérieurement jusqu'à l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. Le chirurgien utilisa deux orifices fistuleux de la partie postérieure, pour les réunir, par une seconde incision légèrement oblique, sur l'extrémité de la première plaie, ce qui permit, par suite du petit lambeau formé, de procéder au second temps de l'opération, c'est-à-dire à la dissection; l'état même des tissus profonds favorisa les manœuvres du chirurgien; car la suppuration avait préparé, de longue date, la la séparation des parties molles du pourtour du squelette. Vint alors le troisième et dernier temps, c'est-à-dire l'extirpation des portions osseuses mortifiées. C'est ici que le procédé opératoire différa quelque peu de ce qui se fait d'ordinaire; au lieu de désarticuler le gros métatarsien de la surface articulaire du premier des cunéiformes, M. Le Fort sectionna l'extrémité postérieure de la diaphyse de ce métatarsien près de son épiphyse, laissant par conséquent sa surface articulaire en contact avec celle du gros cunéiforme; puis il enleva tout le reste du métatarsien et la première phalange, en se comportant, toutefois, pour l'épiphyse antérieure de celle-ci, comme pour celle de l'os du métatarse, c'est-à-dire en sectionnant la phalange tout près de sa surface articulaire, qui fut laissée accolée à celle de la deuxième phalange; une légère torsion suffit pour détacher facilement ces deux os de leur épiphyse correspondante. Quand on eut constaté avec soin que les autres os du pied étaient dans un état d'intégrité parfaite, le malade fut pansé simplement au moyen de linges maintenus constamment humides par un taffetas imperméable; jusqu'à présent, il n'a présenté aucun accident.

Cet exemple renferme en lui plusieurs enseignements d'une importance véritable :

1° Ce qui frappe tout d'abord, c'est la facilité avec laquelle s'est effectuée l'opération et s'est décollé le périoste, si bien que la résection sous-périostée s'est en quelque sorte faite d'elle-même, presque sans que le chirurgien en ait eu conscience; or, cet isolement du périoste dans les caries ou nécroses, d'autant plus commode qu'on s'éloigne du commencement de la maladie, est un fait habituel qui, au point de vue de la facilité d'exécution, différencie nettement les cas de résection sous-périostée pathologique où il est presque impossible de ne pas conserver le périoste, des cas de résection traumatique où il est difficile de le respecter entièrement.

2° La conservation du périoste, celle des épiphyses du métatarsien et de la première phalange, jointe à cette opinion formulée pour la première fois par Blandin, le promoteur de la résection du premier os du métatarse, à savoir : que les conséquences fâcheuses sont toujours moins à craindre dans ces ablations partielles du pied que dans toute autre amputation, toutes ces considérations, dis-je, me portent à penser que ce malade guérira, et qu'une partie, peut-être la totalité des os enlevés, se reconstituera de toutes pièces.

3° Au point de vue de la marche ultérieure, cette résection faite dans le sens

antéro-postérieur, c'est-à-dire parallèle à l'axe du pied, fait perdre à cet organe une bien moins grande portion de sa surface et, par conséquent, porte d'autant moins atteinte à sa solidité. Cependant (et c'est la plus mauvaise chance que nous lui supposons ici) il est possible que cette opération, s'il ne se fait pas une reproduction des os, puisse contribuer consécutivement, au point de vue de la station, à abaisser le bord interne du pied, qui sera dévié en dehors, et force le malade à marcher la face interne de la jambe tournée en avant. Mais on sait, par expérience, que ces accidents ultérieurs n'arrivent qu'à la suite de résection multiple des métatarsiens; or, ici, il n'y a eu ablation que de l'un des os de cette région du pied : ce qui diminue heureusement chez le malade les chances d'un semblable résultat.

C. Kyste osseux uniloculaire de la mâchoire inférieure. — Un jeune homme de 27 ans, entré récemment à l'hôpital de Lariboisière, dans le service de M. le professeur Verneuil, porte depuis un an environ, sur le côté droit du maxillaire inférieur et dans le vestibule de la bouche, une *bosse* qui, chez lui, est moins la cause de douleurs que d'une gêne continuelle : c'est, du reste, cette dernière raison qu'il invoque en effet pour vouloir en être débarrassé. Cette tumeur n'a mis que douze à quinze mois à prendre tout son développement sur la face externe de la mâchoire inférieure, près d'un chicot de la deuxième molaire, qui a fait souffrir le malade au moment du début, et que l'on retrouve actuellement dans la bouche. Elle est du volume d'un gros œuf de pigeon, assez régulièrement ovoïde, paraissant une boursouflure du maxillaire, avec lequel elle fait corps d'une façon bien nette, plutôt qu'une véritable grosseur surajoutée à cet os; car elle est immobile sur lui et suit tous ses mouvements d'abaissement et d'élévation. Elle n'affecte aucune adhérence avec la muqueuse gingivale, qu'elle soulève et qui la coiffe ; mais cette membrane, sans être altérée à son niveau, est un peu plus rouge, plus amincie, plus tendue que dans les autres endroits. Cette tumeur est indolente, même quand on exerce une pression assez forte à sa surface, qui présente quelques petites inégalités peu prononcées et offre une certaine dépressibilité; on la sent plus molle et élastique dans plusieurs points, où l'on croit apercevoir de la fluctuation ; plus dures en d'autres, où l'on trouve des plaques minces et solides, mais ne donnant pas lieu à ce phénomène connu sous le nom de *bruit de parchemin*, qui est produit par une coque osseuse, comme l'a, le premier, indiqué Dupuytren.

Pour établir le diagnostic, le chirurgien peut hésiter entre un *abcès dentaire*, un *ostéo-sarcome*, un *kyste;* et encore les deux premières affections s'éliminent-elles d'elles-mêmes quand on interroge le malade et qu'on examine de près la tumeur. Comment, en effet, un abcès aurait-il existé pendant quinze mois sans développer aucune douleur? De plus, on sent bien que la tumeur n'est pas constituée par une poche liquide à parois formées par les tissus de la gencive : elle s'est déve-

loppée dans la mâchoire, dont elle a écarté la table externe pour venir apparaître au dehors. On a affaire à une tumeur intra-osseuse, mais qui ne rappelle pas non plus les symptômes propres à l'ostéo-sarcome : son aspect régulier, sa complète indolence, son développement à un âge où les cancers sont rares, l'absence d'adhérence avec les tissus mous de la gencive, etc., sont autant de caractères qui écartent immédiatement l'idée d'une affection de mauvaise nature.

Nous avons là sous les yeux un de ces *kystes osseux* liquides de la mâchoire inférieure qui, méconnus ou mal appréciés par les auteurs anciens, n'avaient pas encore été mis en lumière avant les travaux de Dupuytren.

Quant à la variété, nous croyons que ce kyste a eu son point de départ dans la pulpe dentaire ou la racine d'une dent malade (le sujet porte, en effet, le reste d'une deuxième molaire cariée). Quelques auteurs le regardent comme le résultat du développement anormal d'un bulbe dentaire avorté ; mais, comme la présence d'un bulbe supplémentaire est un fait relativement assez rare dans les mâchoires, n'est-il pas plus rationnel de penser qu'un travail irritatif, occasionné par la dent elle-même, a déterminé une hypersécrétion au niveau du bulbe, dans l'alvéole ou tout autour, et a été la cause première de la formation de cette tumeur cystique? C'est là un point que M. Am. Forget, dans sa thèse inaugurale (*Recherches sur les kystes des os maxillaires et leur traitement*, 1840) et, douze ans après, dans un excellent mémoire inséré dans les *Mémoires de la Société de chirurgie*, t. III, a cherché à élucider. Aussi cet auteur a-t-il donné, avec beaucoup de raison, à ces tumeurs la dénomination de *kyste alvéolo-dentaire*, rappelant par là leur connexion avec la dent et l'alvéole. Le point de départ est-il dans le cordon vasculaire de la dent, comme le veut M. Guibout (Union Médicale, t. I, nos 108 et 109, 1847), ou bien dans le follicule lui-même, et alors le nom de *kyste folliculo-dentaire* serait bien applicable; ou bien, enfin, l'affection s'était-elle développée soit dans une aréole du tissu spongieux, soit aux dépens de l'alvéole, opinion vers laquelle semble pencher M. Forget? C'est là un fait d'origine important, ou plutôt curieux à discuter, sans doute, au point de vue purement scientifique, mais qui n'offre qu'un médiocre intérêt pour le malade, si on envisage seulement le côté pratique de la question, comme nous cherchons le plus souvent à le faire dans ces revues cliniques. Ce qu'il y a de capital ici, c'est l'isolement et la localisation de ce kyste en un point bien limité du maxillaire inférieur et la saillie considérable qu'il forme à la face externe de cet os, disposition habituelle de ces sortes de tumeurs, et qui rend plus facile l'application des différentes méthodes thérapeutiques que l'on a préconisées. Généralement, ces kystes contiennent dans leur intérieur un liquide muqueux filant jaunâtre, *assez semblable*, dit M. Forget, *à celui dont l'accumulation dans le conduit de Warthon constitue la grenouillette;* il est quelquefois teinté en rouge par la présence d'une petite quantité de sang; on peut y rencontrer du pus,

mais cela seulement quand des phénomènes inflammatoires, ce qui n'a pas lieu chez le malade de M. Verneuil, ont présidé à son développement; très-souvent, on voit miroiter au milieu du liquide jaune un nombre considérable de paillettes micacées de cholestérine, comme nous en avons été témoin nous-même sur un jeune homme que M. le professeur Richet opéra, en février 1869, à l'hôpital des Cliniques : ce malade portait, sur la partie la plus reculée de la face externe de la mâchoire inférieure droite, près de l'angle, un kyste du volume d'une grosse noix, que M. Richet avait considéré comme étant dû à *l'évolution d'un bulbe dentaire avorté;* il ne datait que de deux ans, n'avait jamais fait souffrir le malade, qui n'en avait même ressenti aucune gêne : c'était en vue de la difformité que cette tumeur occasionnait sur le côté droit de la face que le malade demandait à en être débarrassé; chaque fois, en effet, qu'il était abordé par un camarade, ce dernier lui disait, en faisant allusion à sa grosseur, et par moquerie : *Eh bien, as-tu avalé ta chique?* Aussi était-ce dans le but unique de remédier à cette difformité que ce garçon s'était décidé à se faire opérer.

M. le professeur Verneuil, chez le malade qui a été pour moi le sujet de ces quelques considératious cliniques, se propose de faire une ponction avec la seringue aspiratrice, afin, par cette exploration définitive, de constater la nature cystique de la tumeur; puis, attaquant le kyste par la bouche, il enlèvera sur un de ses points un copeau de la paroi, de façon à faire suppurer l'intérieur de cette poche. En effet, si, dans ces kystes, on abandonne l'affection à elle-même, elle marche et fait des progrès assez rapides; la paroi osseuse s'amincissant de plus en plus, le kyste s'ouvre à un moment donné à l'extérieur, et il en résute une fistule qui donne issue à une *suppuration fétide;* aussi est-il de toute nécessité, avant le développement d'accidents, de choisir une méthode thérapeutique chirurgicale qui mette le plus sûrement le malade à l'abri de toute chance de récidive.

La *ponction* simple, ou même suivie d'*injection modificatrice*, ne réussit pas ici, et nous en trouvons l'explication dans la structure de la paroi externe du kyste, qui a été très-bien étudiée par M. Forget; selon cet auteur, la composition anatomique de cette membrane varie avec l'âge de la tumeur, et est en rapport de structure avec la nature du liquide qu'elle sécrète; au début, elle est lisse, mince, polie, ayant les caractères d'une séreuse, et produisant, comme elle, un liquide analogue à la sérosité; plus tard, et ce n'est guère qu'à ce moment que les malades viennent réclamer une opération, la membrane interne change d'aspect, devient plus épaisse, tomenteuse, prend la texture d'une muqueuse et avec elle sa propriété, c'est-à-dire qu'elle sécrète un liquide plus épais, analogue au mucus; or, nous savons que les membranes muqueuses ne se laissent modifier que bien imparfaitement par les injections; de plus, l'injection iodée n'aurait aucune influence sur le retrait de la paroi osseuse, qui constitue une des conditions *sine quâ non* de la gué-

rison, et qui ne peut s'effectuer qu'avec le temps et par la suppuration. Ainsi donc, pour obtenir une guérison radicale, il ne suffit pas d'évacuer le liquide par une *ponction* ou par l'*incision*, car l'inflammation purement plastique ne serait pas suffisante pour amener la disparition de la poche. Pour entretenir, à l'intérieur du foyer, une *inflammation suppurative*, qui détruit la membrane interne et favorise le retrait de la paroi osseuse, il faut choisir de toute rigueur entre les trois méthodes suivantes : la *cautérisation*, l'*excision*, le *drainage*, en préférant, pour attaquer le kyste, la partie la plus inférieure, afin de permettre aux liquides de sortir avec facilité. En raison du petit volume de la tumeur et de la présence de cette dent cariée, près de laquelle elle s'est développée, nous serions d'avis de pratiquer d'abord l'avulsion de la dent, de voir alors si la poche communique avec l'intérieur de l'alvéole; puis d'appliquer le *drainage*, c'est-à-dire de traverser la cavité à l'aide d'un petit trocart courbe, que l'on introduirait par l'alvéole ouverte, et qu'on ferait ressortir par la partie intra-buccale la plus déclive de ce kyste.

IV

Sommaire. — Kystes du sein. — Kyste dermoïde du sourcil. — Trois cas de parotidite suppurée, complications graves : ligature de la carotide externe.

1° Kysto-sarcome du sein. — M. le professeur Richet vient d'enlever (mardi 18 juin 1872) un kyste multiple du sein gauche chez une femme âgée de 50 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu pour se faire débarrasser de cette tumeur, dont le début remontait à plus de dix-huit années. L'extirpation n'a présenté aucune particularité à noter, car la dissection s'est effectuée sans difficulté sérieuse.

Voici quel a été l'examen anatomo-pathologique et quelles conclusions pratiques, importantes pour la malade, on a pu déduire de cet examen.

La tumeur était représentée par la juxtaposition de trois kystes formés d'une partie liquide et d'une substance solide. Chacun d'eux offrait à *l'intérieur une série de végétations* ressemblant par leur ensemble à un chou-fleur ou plutôt à une *portion de placenta*, dont elles possédaient du reste l'aspect jaunâtre et granuleux. L'examen histologique a démontré que chaque végétation, presque essentiellement vasculaire, se composait d'un vaisseau principal, volumineux et central, sur les parois duquel s'abouchaient d'autres vaisseaux périphériques accessoires plus petits à la manière de folioles, sur la tige principale de la feuille composée de l'acacia; tous ces vaisseaux se trouvaient au milieu d'une prolifération d'éléments sarcomateux. A *l'extérieur*, chaque poche était entourée d'une membrane fibreuse, en partie confondue avec les tissus voisins; d'une part, entre cette paroi et les végétations mentionnées plus haut, et dans la cavité du kyste d'autre part, était épanchée une *certaine quantité de sang* plus ou moins altéré. La surface interne était tapissée par un épithélium analogue à celui des voies galactophores.

Est-ce à dire pourtant que le développement de ces kystes s'est fait exclusivement aux dépens des conduits qui portent ce nom?

Souvent, en effet, à cette même origine, correspondent des kystes qui présentent des aspects bien différents, suivant l'époque à laquelle on en fait l'observation. C'est ainsi que des kystes de cette nature, qui au début n'ont été que *laiteux* ou plutôt *butyreux*, peuvent plus tard perdre ce caractère et devenir *séreux*, *séro-sanguins, hématiques* par suite de transformations successives.

Mais si beaucoup d'auteurs reconnaissent cette origine dans les canaux de la glande mammaire comme étant presque normale pour ces sortes de tumeurs, il en est en revanche, et Virchow est du nombre, qui pensent que l'on peut rencontrer

ces kystes de nouvelle formation dans le tissu interstitiel, et non dans les parties constituantes de la glande.

M. le docteur Cornil, qui a examiné les éléments de la tumeur enlevée par M. Richet, ne croit pas que l'on doive en placer exclusivement l'origine dans l'ectasie des canaux galactophores; il est convaincu, au contraire, que souvent de pareils kystes peuvent se développer de toutes pièces, indépendamment de ces canaux, et posséder cependant un épithélium qui offre une certaine analogie avec celui de ces derniers. Cette tumeur, datant de plus de dix-huit ans, avait subi des transformations telles que, après cette longue durée, elle ne pouvait plus être considérée seulement comme un kyste simple, mais bien comme une affection composée (*kyste composé*) mixte (en partie liquide, en partie solide), en un mot comme un *kysto-sarcome* de la mamelle, dénomination adoptée depuis Müller. Au point de vue thérapeutique, l'*extirpation* était ici la seule méthode applicable; car les ponctions, les injections, le drainage que l'on peut mettre en usage quand ces tumeurs n'ont pas encore subi un degré de transformation comparable à celui que nous avons sous les yeux, tous ces moyens, dis-je, sont plutôt nuisibles et même dangereux; car ils amènent une suppuration le plus souvent fétide, qui donne lieu à des fistules et enfin à l'épuisement des malades.

Nous nous rappelons avoir observé à l'hôpital de la Charité (26 mars 1872), dans le service de M. le professeur Gosselin, une femme de 46 ans qui portait depuis deux ans seulement un *kyste séro-sanguin* du sein gauche du volume d'une grosse orange : indolent, il n'avait jamais déterminé qu'une pesanteur continuelle dont se plaignait la malade. M. Gosselin voulut se comporter pour ce kyste comme il le fait pour ceux du corps thyroïde, c'est-à-dire éviter toute suppuration, par crainte de la septicémie; il chercha à obtenir une inflammation plastique adhésive et non suppurative de la poche en modifiant cette dernière à l'aide de ponction simple et de ponction suivie d'injection iodée, de vin chaud, d'alcool. Jusqu'alors, le succès n'avait pas été obtenu; car, le jour où nous vîmes cette femme, elle venait se faire faire sa sixième ponction : il sortit environ 150 grammes de liquide sanguin, assez noir, au milieu duquel se trouvait une grande quantité de paillettes de cholestérine.

Comme la tumeur n'était le siége d'aucune douleur, comme depuis que la malade venait se faire ponctionner d'une façon périodique, la tumeur n'avait pas beaucoup augmenté et que ses parois n'avaient pas subi de transformations inquiétantes, M. Gosselin se borna encore à faire une ponction suivie d'injection alcoolisée, se réservant, si besoin était, pour employer le drainage et faire suppurer la tumeur, d'attendre chez cette femme l'époque de la ménopause; il se fondait sur cette idée que la mamelle et les organes génitaux étant deux appareils solidaires l'un de l'autre, il y aurait peut-être moins de danger à pratiquer une opération radicale chez cette femme au moment où les menstrues auraient cessé.

Quant à la malade de l'Hôtel-Dieu qui a fait le sujet de ces considérations cliniques, M. le professeur Richet s'est demandé s'il avait eu affaire à une tumeur de nature bénigne ou maligne; plusieurs de ses confrères avaient diagnostiqué un véritable cancer. On sait aussi que M. Paget, qui s'est particulièrement occupé de ces kystes du sein, les considère comme étant sujets à des récidives. M. Richet ne partage pas cette opinion, et il se croit autorisé, après l'examen histologique qui a été fait des éléments, à regarder ces sortes de tumeurs comme relativement bénignes, c'est-à-dire n'ayant pas grande tendance à repulluler. Il y a quinze ans, un kyste de cette nature a été enlevé par lui et n'a jusqu'à présent donné lieu à aucune récidive; depuis l'opération qui a été pratiquée sur la malade de l'Hôtel-Dieu, il n'est pas survenu d'accident.

2° Kyste dermoïde du sourcil. — M. le professeur Richet vient également d'opérer un jeune garçon de 17 ans d'un de ces kystes contenant une bouillie graisseuse analogue au smegma préputial, et dont la structure, ressemblant à celle d'une portion de peau qui aurait été refoulée en dedans, leur a fait donner par Lebert le nom de *kystes dermoïdes*, quoique Kohlrausb soit le premier qui, en 1843, ait bien déterminé l'analogie que ces tumeurs ont avec la peau. Le siége était au niveau de la queue du sourcil gauche, et le volume celui d'une aveline un peu allongée dans le sens transversal.

M. Richet, a propos de ce malade, à fait remarquer que les kystes sébacés des régions temporale et sourcilière diffèrent des kystes de même nature rencontrés dans les autres parties du corps en ce qu'ils sont plus profondément situés; pendant l'opération, en effet, nous avons vu le muscle orbiculaire recouvrant complétement la poche kystique.

Un fait excessivement important, au point de vue de la manœuvre opératoire à employer pour en pratiquer une extirpation radicale, est que parfois ces kystes de l'arcade sourcilière ont des rapports intimes avec le développement de l'os frontal, c'est-à-dire que le fond de leur cul-de-sac (*kyste dermoïde du sourcil chez un homme de* 23 *ans;* présentation à la Société anatomique, 1863, par M. Bouchard), est adhérent dans la profondeur, ou plutôt tient intimement au squelette dans lequel il se prolonge par un petit pédicule ou doigt de gant, comme le fait a été mentionné par M. Régnier dans la thèse inaugurale qu'il a soutenue sur ce sujet, il y a trois ans, à la Faculté de Paris (*Thèse inaugurale*, 1869. *Kystes dermoïdes de la queue du sourcil*).

Comment peut-on interpréter cette incrustation profonde du kyste dans l'intérieur du front et où peut-on en chercher la cause première?

C'est sur les notions tératologiques que l'on doit s'appuyer pour expliquer la formation de ces kystes. En effet, M. le professeur Verneuil a réfuté à cet égard (*Inclusion scrotale et testicul.*, *Arch. génér. de médec.*, 1855) l'application trop vaste de

la loi unique bien simple et un peu trop séduisante donnée par Lebert, qui avait avancé que des organes peuvent se former de toutes pièces dans divers endroits du corps où à l'état normal on ne les rencontre pas (Des kystes dermoïdes et de l'hétérotopie plastique en général. *Mém.* de la Société de biologie, 1852). M. Verneuil a démontré qu'il était possible d'expliquer par une raison anatomique la présence des kystes dermoïdes au niveau de l'arcade sourcilière, et qu'on devait les attribuer à une anomalie dans la réunion de quelque partie du tégument primitivement séparé par des fissures. En effet, il existe chez l'embryon, entre la *vertèbre cérébrale antérieure* qui formera le front et l'*arc branchial supérieur* qui constituera une partie de la face, une fente dite *fente branchiale supérieure*. On n'a qu'à supposer (l'observation l'a confirmé) *un arrêt de développement de cet arc branchial supérieur coexistant avec un enclavement d'une partie des téguments entre les deux parties du squelette*, pour comprendre la formation de la partie profonde du kyste. En un mot, ce phénomène est dû à ce que la fusion osseuse, au lieu de se faire jusqu'au fond de la scissure, n'a lieu que sur ses bords. Il s'y emprisonne alors un petit sac de peau qui s'accroît absolument comme le tégument externe. L'explication que je viens d'esquisser rapidement se trouve relatée tout au long dans la thèse citée plus haut et dans une clinique publiée dans le *Journal d'ophthalmologie* (juin 1872) à propos d'un kyste de cette nature occupant l'angle interne de l'œil droit.

Ce pincement de la peau correspondante, cet enclavement de la partie la plus profonde du kyste dans la face branchiale supérieure, rend parfaitement compte des récidives ou des fistules consécutives qui résultent d'une ablation incomplète de ces sortes de tumeurs; en effet, si pendant l'opération on ne prend pas le soin d'enlever à l'aide d'une curette la partie profonde du cul-de-sac incrustée dans l'arcade sourcilière, et de ruginer la portion correspondante du frontal, on voit bientôt la tumeur se reproduire et réclamer une nouvelle opération; on a affaire alors à un *kyste sébacé récidivant.*

Dans un cas observé à l'hôpital des Cliniques, M. Richet a vu un de ces kystes, opéré deux fois par Jarjavay, nécessiter une troisième opération, parce que, dans les deux premières ablations, le chirurgien n'avait enlevé que la portion extra-osseuse de la tumeur, en négligeant celle qui était incrustée dans la région osseuse temporo-orbitaire; dans cet exemple, M. Richet a été obligé de racler avec une curette le prolongement intra-osseux de la membrane interne, et d'y provoquer une suppuration à l'aide d'une boulette de charpie introduite le plus profondément possible; ce fut grâce à cette précaution que la guérison complète put être obtenue.

Dans un autre fait que M. Richet a observé chez la fille d'un de ses confrères, la profondeur à laquelle pénétra le stylet fut si grande, que ce fait, joint à l'issue d'une matière de couleur et de consistance cérébrale, fit craindre un instant d'avoir pénétré dans la boîte crânienne; mais le chirurgien reconnut bien vite son erreur et vit qu'il avait affaire à une tumeur sébacée avec prolongement dans l'os.

Les kystes de cette nature sont congénitaux; car ils tiennent, comme je l'ai dit, à un vice de développement de la peau durant la vie embryonnaire; celui qui vient d'être opéré à l'Hôtel-Dieu ne présentait pas cette complication, et l'ablation a pu en être opérée facilement par une incision horizontale suivant la direction de l'arcade sourcilière, de façon à ce que la cicatrice ultérieure ne pût laisser aucune trace après elle et se confondît avec les plis de cette région.

L'ouverture de la tumeur, qui s'est faite accidentellement pendant l'opération, mais qui n'a point empêché le chirurgien d'effectuer l'entière dissection de la paroi kystique, a montré qu'elle était formée, comme du reste dans presque tous les cas analogues, par le développement des éléments de la peau hypertrophiés (*de là le nom de kyste dermoïde*); le contenu était constitué par une matière épaisse, jaunâtre, granuleuse, analogue à la *sciure de bois* et constituée uniquement par des pellicules épithéliales accumulées ou plutôt tassées les unes à côté des autres sans aucun liquide.

Ce kyste, dans la paroi duquel on a souvent rencontré des glandes sudoripares, avait une surface interne à membrane épaisse, d'un blanc jaunâtre, plissée et hérissée d'une *multitude de petits poils implantés dans sa profondeur.*

Parotidite suppurée. — La parotidite aiguë terminée par suppuration est une affection assez rare pour que l'on doive s'empresser de mentionner les faits de ce genre toutes les fois qu'on a l'heureuse fortune de les rencontrer. Nous venons d'en observer à l'Hôtel-Dieu deux cas fort intéressants, que nous pouvons rapprocher d'un troisième qu'il nous a été donné de voir, il y a quelque temps, à la campagne, et sur lequel je fournirai quelques détails.

Le premier malade, âgé de 43 ans, entré dans le service de M. le docteur Guérin, il y a trois mois, a présenté une *suppuration spontanée* de la parotide droite. Plusieurs petits abcès parenchymateux, analogues à ceux qui se forment dans la glande mammaire, nécessitèrent autant de ponctions; mais la salive ne s'écoula pas par les ouvertures pratiquées.

Le pus s'était bien formé dans l'intérieur des lobules de la glande, car on vit très-distinctement une quantité assez considérable de matière purulente s'échapper par le canal de Sténon, dont l'orifice buccal était rouge, tuméfié, hypertrophié. Ce malade guérit, sortit de l'hôpital, mais y rentra bientôt, pour des accidents graves qui apportaient un trouble profond dans son état général. La parotide droite, comparée à celle du côté opposé, était presque complétement atrophiée; mais ce qui inquiétait surtout ce malheureux, c'était un *œsophagisme* rebelle tel, qu'il maigrissait beaucoup, dans l'impossibilité où il se trouvait d'introduire dans l'estomac les aliments réparateurs nécessaires. M Guérin a cru à une relation de cause à effet entre l'affection parotidienne et ce spasme de l'œsophage : il ne voulut pas lui pratiquer le cathétérisme du conduit, de peur d'augmenter encore cet état nerveux, et

se contenta de le traiter par les granules médicamenteux, préconisés récemment par M. le docteur Burggræve : il lui fit prendre en granules, et par jour, 5 milligrammes d'hyosciamine et d'arsenic de strychnine ; depuis quelques semaines que le malade est soumis à cette thérapeutique, l'œsophagisme a notablement diminué, et assez pour permettre la déglutition de quelques aliments. Un fait clinique intéressant, chez cet homme, est qu'il n'a jamais présenté de symptômes d'hémiplégie faciale à aucun moment de son affection.

Le second malade, âgé de 57 ans, est un homme du service de M. Richet ; il fut pris, il y a un mois, d'un phlegmon parotidien gauche, sans qu'on pût rattacher le développement de cette affection, soit à une fièvre grave antérieure, soit à une arthrite, soit à un état adynamique ou ataxo-adynamique quelconque ; cependant une angine avait précédé le début des accidents.

Un premier foyer purulent fut ouvert par M. Le Dentu, faisant le service par intérim, qui l'avait vu sourdre par l'orifice intra-buccal du canal de Sténon ; puis de nouvelles poussées inflammatoires nécessitèrent une seconde incision. L'écartement de la mâchoire inférieure devint impossible, et peu après on vit la parotide se mortifier et s'éliminer en totalité par l'ouverture pratiquée. Le canal de Sténon était visible sur la face externe du masséter, et le creux parotidien fut en quelque sorte disséqué par la fonte purulente. La gangrène de la glande permit de voir à travers la plaie la partie latérale du pharynx perforée et donnant passage à une certaine quantité de pus s'écoulant par les premières voies digestives : cette communication est, du reste, surabondamment prouvée par le passage de l'air à travers les ouvertures pratiquées et celui du sang provenant d'hémorrhagies, peu abondantes d'abord, dans la cavité pharyngienne.

Malgré cette dissection pathologique de la région parotidienne, malgré la destruction du nerf facial (ce malade présente une hémiplégie faciale prononcée, limitée à la branche inférieure de ce nerf, et qui était antérieure à l'incision pratiquée), malgré l'ouverture de vaisseaux assez importants qui avaient donné lieu à un écoulement sanguin notable à différentes reprises, malgré cette dénudation d'un des côtés du pharynx, le malade semblait se remettre et reprendre un peu de vigueur : le chirurgien pouvait donc avoir une certaine sécurité, lorsqu'il survint un érysipèle de la face qui fit de nouveau fléchir la santé de ce pauvre homme ; mais ce qui met aujourd'hui ses jours en péril éminent, c'est la production d'*hémorrhagies très-abondantes* qui viennent d'avoir lieu à trois reprises différentes, et par la plaie extérieure, et par la bouche, et par l'oreille, ce qui indique encore chez lui une perforation du conduit auditif externe : l'écoulement de sang a été tel, qu'il a déterminé une syncope et exigé une intervention chirurgicale des plus pressées.

D'où vient le sang ? L'explication à cet égard n'est pas facile à donner ; il est peu probable qu'on n'ait affaire qu'à une hémorrhagie capillaire, en raison de la brus-

querie et de la quantité de l'écoulement sanguin : très-certainement une branche plus ou moins volumineuse est lésée; mais l'examen du creux parotidien n'est pas commode, et l'on craint en essuyant les tissus, pour se rendre compte d'où vient le liquide, de provoquer une nouvelle hémorrhagie, le raisonnement faisant bien supposer que c'est sur la carotide externe ou sur une de ses branches que porte la lésion, et la compression étant, dans ce cas, un moyen temporaire peu énergique, c'est à la *ligature de l'artère carotide externe* que l'on doit avoir recours.

Mais une nouvelle crainte vient se présenter à l'esprit : est-ce par le bout supérieur, est-ce par l'inférieur que provient l'hémorrhagie? Dans le premier cas, la ligature ne sera pas efficace; dans le second, au contraire, elle donnerait une sécurité parfaite : c'est encore une chance à courir; mais, comme on est à bout de ressources, que cet homme est extraordinairement anémié, M. Richet a jugé opportun d'en venir à la ligature de la carotide externe, opération qu'il a pratiquée le 29 juin. Trois jours après, l'hémorrhagie ne s'était pas reproduite; le pouls, qui était à peine sensible avant l'opération, avait repris une certaine force : ce malade prenait des aliments liquides, parce que l'impossibilité d'écarter les deux mâchoires ne permettait pas d'autre alimentation; en un mot, il se trouvait dans des conditions qui faisaient espérer sa guérison.

Dans cette ligature, M. Richet a appliqué le fil au-dessous de la naissance de la thyroïdienne supérieure. Le lendemain de cette opération, le professeur a exprimé un regret de ne pas avoir procédé autrement. Pour éviter toute espèce de chance d'hémorrhagie consécutive, en produisant un caillot d'une longueur plus grande dans la carotide, il aurait pu, en effet, *appliquer la ligature au-dessus de la naissance de la thyroïdienne* et *lier dans la même plaie cette dernière artère.*

Le troisième exemple a été observé par moi, aux environs de Paris, chez un homme de 65 ans, qui eut une suppuration de la parotide gauche à la suite d'une fièvre typhoïde : plusieurs ouvertures avaient été faites; une portion de la glande était éliminée, et le malade allait mieux, lorsque survinrent, coup sur coup, quatre hémorrhagies qui mirent les jours de cet homme en danger. Arrivé le soir auprès de lui, je résolus, avec le médecin de l'endroit, de tenter la ligature de la carotide externe. Comme le malade reposait, et que depuis quarante-huit heures aucune hémorrhagie n'avait eu lieu, je remis l'opération au lendemain. Le matin, l'hémorrhagie ne s'était pas reproduite; mais cet homme était tellement épuisé, que je m'abstins de faire la ligature : je fis bien, car le soir il mourait, sans avoir cependant présenté de nouvel écoulement sanguin. Cet homme offrait les symptômes de paralysie faciale.

Van Swieten, Pinel, Andral ont donc bien raison de dire qu'il ne faut pas se fier aux parotidites qui suppurent : c'est là une affection grave qui peut donner suite à des accidents mortels.

Il est assez rare cependant de voir la *gangrène* envahir, comme chez le second malade, la glande dans sa totalité; le plus souvent, la modification se borne à de petites portions de lobules. En tout cas, dans ces suppurations, le chirurgien doit se hâter d'ouvrir; car, si le pus n'a pas d'issue à l'extérieur, il peut se faire jour ailleurs et déterminer des désordres. Nous l'avons vu, dans la seconde observation, perforer le cartilage de la conque et la paroi du pharynx; la suppuration peut fuser jusqu'à l'arcade zygomatique, au-dessous de la clavicule, glisser même le long de la trachée jusque dans la poitrine, etc. (Lecorney, th., 1854.)

Les auteurs du *Compendium de chirurgie* disent qu'ils n'ont ni observé ni lu dans les auteurs *aucun exemple d'hémiplégie faciale à la suite d'abcès parotidiens.* M. le professeur Nélaton signale la chose comme possible; je crois qu'il y a là une distinction à établir : si les abcès parenchymateux sont multiples, disséminés, n'ont pas nécessité d'incisions profondes et n'ont pas été suivis d'élimination de la glande, il est probable dans ce cas, quand bien même il y a atrophie consécutive de la parotide, qu'on ne trouvera pas de trace de paralysie faciale. Mais, dans les exemples de suppuration complète de la glande et de mortification de son parenchyme, la destruction partielle ou totale du nerf facial est inévitable; or, dans deux des trois faits que je viens de citer, l'hémiplégie faciale a été manifeste. Dans le *Journal des progrès des sciences et institutions médicales en Europe, en Amérique, etc.*, de 1829, on peut encore trouver un exemple de parotide terminée par gangrène et destruction du nerf facial chez un homme de 71 ans qui présenta tous les phénomènes de l'hémiplégie de la face.

Quant à la complication la plus redoutable de cette affection, l'hémorrhagie, elle est à peine mentionnée par nos auteurs classiques, qui ne parlent que de la possibilité de la perforation de la jugulaire interne; la parotide est une glande assez vasculaire par elle-même pour pouvoir fournir, par suite de l'ouverture de quelques-uns de ses vaisseaux, une grande quantité de sang. Pour éviter ces hémorrhagies, qui parfois deviennent terribles, ne ferait-on pas mieux, pour donner issue au pus, de multiplier les petites incisions ou les ponctions, plutôt que d'ouvrir largement le creux parotidien, manœuvre qui expose à la division immédiate d'un nombre considérable de vaisseaux artériels de gros calibre, dont l'ouverture est la cause d'hémorrhagies pouvant entraîner la mort du malade en très-peu de temps, ou tout au moins lui faire courir les chances d'une opération aussi grave que la ligature de l'artère carotide externe?

V

Sommaire. — Anévrysme de la fémorale, ligature du vaisseau au-dessus du sac. Guérison. — Polype du larynx. — Arrachement de la verge et du testicule droit : uréthrotomie externe. — Luxation métacarpienne du pouce. — Luxation phalangienne du pouce.

§ I. Un malade chez lequel M. Cusco, à l'Hôtel-Dieu, vient de pratiquer la ligature de l'artère fémorale pour un anévrysme mixte externe de ce vaisseau, nous a paru offrir quelques particularités cliniques assez dignes d'intérêt Cet homme, âgé de 34 ans, consulta, il y a six ans environ, pour un anévrysme du jarret droit du volume d'un petit œuf, qui n'avait mis que plusieurs jours à se former. M. Cusco le traita avec succès par la compression à l'aide de l'appareil de M. Broca; car, au bout d'un mois et demi, le mal avait entièrement disparu. Outre cet anévrysme du creux poplité, il existait alors chez ce malade une tumeur de même nature, mais bien plus petite, puisque son volume n'atteignait que celui d'une noisette allongée dans le sens vertical; c'était un petit anévrysme fusiforme, situé également sur le vaisseau artériel principal du membre au-dessus de la partie moyenne, et qui avait pris naissance presque simultanément avec celui du jarret.

Cet homme, heureux alors d'être débarrassé de son anévrysme poplité, quitta l'hôpital sans réclamer aucun traitement pour la seconde tumeur. Elle ne prenait pas, du reste, un accroisement considérable, lorsque, à la suite de la dernière campagne qu'il fit dans l'armée de Dijon et des fatigues de marche que nécessita un métier un peu pénible, il s'aperçut qu'elle augmentait; déjà, au mois de septembre dernier, elle avait acquis le volume d'un gros œuf de poule; depuis ce temps, elle est restée à peu près stationnaire; cependant le malade s'est décidé à venir de nouveau trouver M. Cusco, qui diagnostiqua un *anévrysme spontané mixte interne* de la fémorale droite, un peu au-dessous du tiers moyen; l'oreille y percevait un seul bruit de souffle, doux, peu retentissant.

Ce chirurgien, se souvenant du premier succès qu'il avait obtenu chez ce malade, voulut essayer tout d'abord le même moyen, et il fit faire au-dessus de la tumeur la compression mécanique totale et intermittente à l'aide de l'appareil de M. Broca; à partir du 10 avril 1872, elle fut exercée sept heures par jour et cessée le 23 sans aucun résultat; puis elle fut reprise le 8 mai et continuée jusqu'au 23 sans qu'on pût constater aucune modification heureuse dans cet anévrysme; bien au contraire,

à la suite de cette compression, la tumeur grossit rapidement, causa quelques souffrances au malade, et l'on vit apparaître, au niveau de la peau qui recouvrait la tumeur, une légère teinte ecchymotique. Ces symptômes laissèrent supposer qu'il s'était fait une nouvelle déchirure du côté des membranes internes et un amincissement plus grand de la tunique externe; craignant de voir survenir un anévrysme diffus à la suite de la rupture complète de cette dernière membrane, le chirurgien se décida à intervenir et pratiqua, le 13 juin, la ligature de la fémorale par la méthode d'Anel, c'est-à-dire au-dessus de la tumeur au niveau de la partie inférieure du triangle de Scarpa. L'opération ne présenta aucune difficulté et n'a été suivie d'aucun accident.

Le 18 juin, la réunion des parties profondes de la plaie était complète; il n'existait qu'une plaie longitudinale superficielle, suppurant très-peu, et au milieu de laquelle se voyait le fil de la ligature, qui n'était pas encore tombé. La poche anévrysmatique n'avait pas beaucoup diminué de volume; mais tout phénomène d'expansion et de bruit de souffle avait disparu; elle était devenue en même temps plus consistante. La température du membre abdominal droit était, à peu de chose près, la même que celle du côté gauche; cependant la circulation par voie collatérale ne semblait pas encore, à cette époque, avoir fourni tout ce qu'elle devait donner sans doute un peu plus tard, car les pulsations des artères tibiales et pédieuses étaient loin d'avoir leur intensité normale; peut-être devait-on attribuer ce retard à ce que l'artère poplitée, siége de l'ancien anévrysme traité avec succès par la compression, était elle-même peu perméable au courant sanguin.

Quoi qu'il en soit, aucun symptôme local fâcheux ne s'était montré, et tout portait à croire que ce jeune homme, qui n'a point d'altération de l'organe central de la circulation, sortirait bientôt guéri du second anévrysme qu'il a présenté sur le trajet de l'artère principale du membre inférieur.

Un dernier fait assez curieux, et qui mérite d'être aussi mentionné, c'est que ce même malade portait, lors de son entrée, des traces de psoriasis sur le genou et la face antéro-externe de la jambe droite; avant que la ligature ne fût faite, elles n'existaient plus et étaient remplacées par quelques taches brunâtres. Si la compression, longtemps continuée chez ce jeune homme, a échoué pour l'anévrysme, elle a eu du moins l'avantage d'avoir fait disparaître complétement ces plaques de psoriasis.

Les prévisions ne furent pas déçues; car, au commencement de juillet, le malade sortait de l'Hôtel-Dieu, parfaitement rétabli; seulement la poche anévrysmale, qui d'abord avait pris de la consistance quelques jours après la ligature, s'était considérablement ramollie, et M. Cusco croyait, au moment où le malade s'en allait, à la possibilité de la formation d'un abcès dans l'intérieur du sac.

§ II. Un homme qui porte depuis plusieurs mois un POLYPE DU LARYNX, et qui est entré à l'Hôtel-Dieu, a fourni aussi à M. Cusco l'occasion de mettre les élèves au courant de l'examen laryngoscopique et de leur indiquer le moyen d'exécution qu'il préconise pour enlever ces sortes de tumeurs.

Le premier point pour permettre d'examiner facilement le larynx est d'établir la *tolérance physiologique;* car on n'ignore pas que l'application du miroir suscite parfois, même malgré la bonne volonté du patient, des mouvements répétés de déglutition. Pour arriver à cette tolérance, il faut de toute nécessité *habituer* le malade au contact de l'instrument, absolument comme il est indiqué de le faire avant l'opération de la staphyloraphie ou, pour la muqueuse vésicale, avant de pratiquer les séances de lithotritie. On devra donc, pendant quelques jours, toucher fréquemment le voile du palais avec un corps mousse quelconque, ou recommander au malade d'introduire, à différentes reprises, son doigt au fond de la gorge.

Pour pratiquer l'examen laryngoscopique, M. Cusco s'assoit devant le malade, également assis, et fait parvenir au fond de la bouche un faisceau de rayons de lumière solaire, dont il dirige facilement le foyer à l'aide d'une lentille enchâssée au niveau d'un trou pratiqué sur un carreau de l'une des croisées de l'hôpital; puis, faisant ouvrir le plus possible la bouche, il saisit la langue avec une compresse sèche pour l'attirer légèrement hors de la cavité buccale. Comme le chirurgien a besoin de sa main droite pour manœuvrer l'instrument au moment de l'opération, il faut que le malade se charge lui-même de tirer sa langue avec une de ses mains.

C'est à ce moment que le chirurgien doit engager le patient à avoir confiance, à ne pas retenir son haleine, à respirer largement, mais non point d'une façon précipitée; en un mot, à *régulariser le plus possible le rhythme de sa respiration.* Saisissant alors de la main gauche le miroir (celui dont M. Cusco se sert est carré), le chirurgien, après l'avoir trempé dans l'eau tiède, puis essuyé, doit l'introduire d'une main sûre et sans aucune saccade, de façon à ce que son bord inférieur, n'appuyant que sur la base de la luette, fasse à peu près avec le plan horizontal de la langue un angle de 45°.

Le *point de repère* que l'on doit chercher immédiatement est l'image de l'épiglotte, qui se trouve renversée, et par conséquent sur la partie la plus élevée du miroir, la glotte est sous-jacente. Si, du premier coup, on n'a pas saisi ces particularités, il faut imprimer à la petite glace de légers mouvements de rotation, mais toujours suivant un angle transversal représenté en quelque sorte par le bord inférieur du miroir carré, sans produire aucune inclinaison latérale. Il est bon, au moment où l'on fait cette exploration, d'engager le malade à émettre un son aigu, de façon à favoriser l'élévation du larynx, et par conséquent à en rendre l'examen plus facile.

La tumeur laryngienne que M. Cusco a fait voir aux élèves était un petit *fibrome*

constitué par deux ou trois tubercules, lui donnant quelque apparence avec une framboise et situé sur la corde vocale inférieure gauche (la droite dans l'image du miroir).

Comme méthodes thérapeutiques, ce chirurgien préfère l'*arrachement* ou l'*excision*, et pour chacune d'elles il se sert d'une *pince* et d'une *paire de ciseaux* destinés à agir par les voies naturelles, et qui sont construits sur le même principe. Chacun de ces instruments est composé d'une *branche courbe totalement fixe* et d'une *branche courbe totalement mobile;* cette dernière possède deux écrous, l'un qui la réunit à la branche fixe, le second situé un peu en arrière, qui permet un mouvement de bascule l'une sur l'autre des deux portions brisées dont se compose cette branche mobile; à leurs extrémités se trouvent des *mors plats* ou légèrement dentelés pour la pince, et de *petites lames* coupantes et mousses à leurs pointes pour les ciseaux. Un petit rebord saillant, situé sur le côté non tranchant de la lame de la branche fixe permet, quand on a sectionné le polype, de l'enlever et d'éviter par conséquent sa chute dans les voies respiratoires. Quant à l'écartement et au rapprochement des mors ou des lames, ils correspondent à celui des anneaux qui terminent les autres extrémités des branches. C'est l'arrachement à l'aide de sa *pince laryngée* que M. Cusco a employé chez l'homme qu'il nous a été donné d'observer.

§ III. Arrachement de la verge et du testicule droit par la bouche d'un cheval. Rétrécissement traumatique très-étendu. Uréthrotomie externe sans conducteur. — Dans le service de M. A. Guérin, à l'Hôtel-Dieu, est couché un malade auquel ce chirurgien vient de pratiquer l'uréthrotomie externe, nécessitée par les terribles conséquences qu'a déterminées un traumatisme épouvantable, mais heureusement peu commun.

Un jeune homme âgé de 24 ans, jardinier et marié depuis quelques mois à peine, pansait, il y a deux ans, un cheval vicieux, lorsque ce dernier, dans un accès de fureur, se précipita sur lui et saisit entre ses mâchoires la verge et toute la portion droite du scrotum; cet animal, qu'excitaient encore davantage les cris poussés par le patient, lui secoua les parties génitales jusqu'à leur entier arrachement. Le malade nous a dit avoir perdu beaucoup de sang au moment de l'accident. Transporté immédiatement dans le service du professeur Laugier, à l'Hôtel-Dieu, il ne présenta aucun accident. Une sonde en gomme élastique fut laissée dans l'urèthre pendant quelques jours, puis retirée. La plaie se cicatrisa, et, au bout de trois mois, il sortit en bon état, pouvant retenir ou expulser ses urines à volonté, mais ne pissant qu'avec un jet peu fort et assez mince. Il resta quinze à seize mois sans avoir une gêne marquée dans les fonctions d'urination; mais, depuis quatre ou cinq mois, il n'urine plus avec autant de facilité; peu à peu, le jet a été moins prononcé, et c'est pour cette raison qu'il entre à l'hôpital. A chaque miction, il est obligé de faire des efforts notables, et encore l'urine ne coule-t-elle que goutte à goutte.

En voyant le malade pour la première fois, et si on n'est pas prévenu de l'horrible traumatisme dont il a été antérieurement victime (telle a été notre impression personnelle), l'aspect des parties génitales rappelle vaguement celui d'un hermaphrodite. Une *dépression* médiane cicatricielle, qui existe au point où la verge a été arrachée à sa base, limite deux saillies latérales oblongues que l'on pourrait prendre tout d'abord pour les deux grandes lèvres : la saillie gauche est le testicule qui lui reste et qui est normal; la saillie droite est la portion du scrotum ratatiné qui ne renferme pas de testicule dans son intérieur. A la partie supérieure de cette dépression médiane se trouve une végétation, un *condylome* analogue à celui que l'on rencontre souvent à la marge de l'anus et qui recouvre, comme un opercule, l'ouverture plus profonde rose et plissée qui est l'orifice *de ce qui reste d'urèthre chez ce malheureux.*

Il nous dit pouvoir retenir ses urines facilement; mais, chaque fois qu'a lieu la miction, le liquide sort goutte à goutte et tombe en bavant sur le scrotum. Les désirs vénériens existent encore chez lui, et il a eu à plusieurs reprises des éjaculations nocturnes. Le cathétérisme est impossible : un stylet, introduit dans l'urèthre, est arrêté à 1 centimètre 1/2 ou 2 centimètres, mais ne peut cheminer plus loin, et, si l'on vient à pousser un peu l'exploration, on fait souffrir le malade.

Si, d'autre part, on porte la main derrière les bourses, on trouve une *masse indurée*, un *boudin fibreux* entourant toute la portion périnéale de l'urèthre, et qui est le signe caractéristique d'un *rétrécissement traumatique* non limité à un seul point, mais qui, peu à peu, s'est propagé à une portion très-étendue du canal.

Une seule chose devait être tentée pour ce *rétrécissement infranchissable à la sonde*, mais encore un peu *franchissable à l'urine*, c'était l'*uréthrotomie externe sans conducteur;* c'est à quoi se décida M. Guérin le 23 juillet. Avant d'entreprendre cette opération, ce chirurgien fit remarquer combien elle portait d'imprévu dans son exécution. En effet, on sait bien quand on la commence, mais on ignore comment on l'achèvera, et même *si elle pourra être menée à bonne fin.* M. le professeur Verneuil a donc bien raison quand il dit (*Gaz. hebdom.*, 1861, p. 321) : « *L'uréthrotomie* « *externe sans conducteur est une opération où l'on est guidé par des règles, mais ce* « *n'est pas une opération réglée....* » Aussi, prétendre, comme cela est écrit dans certains ouvrages et dans les nombreuses thèses qui traitent ce sujet, que le *premier temps* (recherche et incision de l'urèthre) *ne présente pas d'ordinaire de trop grandes difficultés*, c'est porter un jugement un peu téméraire; car, bien qu'il soit instruit, qu'il ait l'habitude des opérations, qu'il connaisse parfaitement l'anatomie du périnée, le chirurgien ne peut jamais prévoir les difficultés qu'il va rencontrer et est très-souvent pris au dépourvu.

M. Guérin, assis en face du périnée du malade (la peau de cette région étant bien tendue), fit une incision médiane de 7 à 8 centimètres, s'arrêtant à 2 centimètres 1/2

de l'anus, et divisa couche par couche de la superficie à la profondeur. Il ne tarda pas à se trouver au milieu du tissu induré, dont on sentait la présence par le palper périnéal. La section par le bistouri donnait lieu au bruit du squirrhe au moment où on le coupe. Le bulbe fut incisé, mais converti en tissu fibreux dans presque toute son épaisseur; il ne donna pas lieu à une hémorrhagie inquiétante.

L'opérateur, explorant à l'aide de l'indicateur gauche la profondeur de la plaie, croyait à chaque instant avoir la sensation d'un cordon qu'il prenait pour l'urèthre; il le faisait attirer à lui par un ténaculum, le sectionnait, et reconnaissait que ce n'était que du tissu fibreux. Sans se décourager, il incisait encore : nouveau cordon dur pris pour l'urèthre; nouvelle incision, nouvelle déception. C'est alors que, se guidant sur la face antérieure du rectum, en introduisant son index dans la cavité de l'intestin, il divisa les tissus couche par couche, de *façon à arriver sur la portion membraneuse*, et, coupant les tissus transversalement par de petits coups de bistouri ou avec des ciseaux, il vit, à un moment donné, une *ouverture se présenter en bec de flûte;* l'urèthre était ouvert, et ce premier temps de l'opération, qui, selon quelques-uns, *n'offre pas d'ordinaire de grandes difficultés*, n'avait pas nécessité pour s'effectuer moins d'une heure et demie. Introduire par le bout postérieur une sonde en gomme dans la vessie, débrider par l'orifice antérieur la partie correspondante de l'urèthre, puis faire passer d'arrière en avant, par le segment antérieur du canal, l'extrémité libre de la sonde fixée, pour plus de commodité, à un stylet, fut l'affaire d'un instant. *L'urèthre était momentanément reconstitué*, et l'urine s'écoula alors facilement par la sonde.

Une chose qui nous a frappé dans cette opération, et dont tout chirurgien qui l'entreprend doit être bien pénétré, est la *profondeur très-considérable* à laquelle il faut arriver pour trouver le canal. M. Guérin n'a certainement ouvert ce dernier qu'à une distance de 3 ou 4 centimètres au moins de la surface cutanée.

La dissection de la paroi antérieure du rectum et la division couche par couche et transversale des tissus, comme dans la taille prérectale, afin d'aller à la recherche de la portion membraneuse, n'auraient-elles pas été facilitées un peu par l'*incision courbe prérectale*, c'est-à-dire le procédé adopté depuis longtemps par M. Demarquay? Il nous semble que le chirurgien qui a, du reste, exécuté cette opération avec beaucoup de prudence et l'a terminée d'une façon si heureuse pour le malade, était un peu gêné par la direction antéro-postérieure de l'incision superficielle, surtout quand il a dû, pour la section des tissus profonds, diriger son bistouri ou ses ciseaux dans le sens transversal. Dans le cours de la dissection, une seule artère volumineuse a été lésée et liée immédiatement; mais il était nécessaire, comme l'a fait observer M. Guérin, de surveiller le malade, de peur d'hémorrhagie, au moins pendant toute la journée qui suivit cette opération.

§ IV. 1° LUXATION EN ARRIÈRE DU MÉTACARPIEN DU POUCE DROIT; 2° LUXATION

DU POUCE DROIT EN ARRIÈRE. — Deux exemples intéressants, l'un de *luxation métacarpienne du pouce* (Charité, service de M. le professeur Gosselin), l'autre de *luxation du pouce* (Hôtel-Dieu, service de M. le professeur Richet), nous montrent à nouveau les difficultés sérieuses que le chirurgien rencontre parfois dans la réduction ou dans le maintien de cette réduction pour ces sortes de déplacements, et surtout les conséquences funestes que ces lésions négligées entraînent à leur suite.

Luxation trapézo-métacarpienne du côté droit. — Un jeune homme de 26 ans, décatisseur, fait une chute sur une balle de drap; c'est la face dorsale du premier métacarpien fortement fléchi qui supporte tout le poids du corps. Ayant éprouvé une vive douleur et ne pouvant se servir de son pouce, il consulta un médecin qui exerça, dit-il, des tractions et lui mit un tampon de diachylon maintenu par un bandage. Cependant ce jeune homme continua à travailler avec ses quatre autres doigts et retira, six jours après, l'appareil qui lui avait été appliqué.

Ce n'est qu'au bout de quarante jours que, ne voyant aucune amélioration dans son état, il se décida à venir à la Charité. M. Gosselin, comparant les deux régions dorsales trapézo-métacarpiennes, trouva à droite une *légère saillie* au niveau de la tête du premier métacarpien, puis au-dessus une *dépression*. Ces deux symptômes, joints à un léger gonflement des parties molles, indiquaient un déplacement incomplet du métacarpien sur le trapèze; mais, ici, en raison de l'*ancienneté de la luxation*, il manquait le phénomène pathognomonique de cette lésion, à savoir : la *facilité de réduction de la tête du métacarpien.*

En effet, cette espèce de luxation, quand elle est récente, se réduit très-aisément; mais la grande difficulté est de maintenir les surfaces trapézo-métacarpiennes au contact. Si on ne peut arriver à ce résultat, et si les précautions nécessaires au maintien de la réduction sont négligées par le malade, comme le fait est arrivé chez notre jeune homme, la luxation devient irréductible à jamais, et avec elle persistent de la gêne, de l'insuffisance dans les mouvements et la présence d'une petite saillie dorsale. Mais une autre conséquence fâcheuse et qui doit être attribuée également à ce qu'on n'a pas veillé à maintenir la réduction, et à laisser assez longtemps l'articulation lésée dans une immobilité suffisante, est l'*arthrite sèche*, suite de l'arthrite traumatique, qui se caractérisait par une crépitation anormale perçue dans les mouvements imprimés aux deux os, et annonçant la décortication des portions des deux surfaces diarthrodiales restées au contact.

Cet exemple nous montre : 1° qu'il faut, dans une *luxation trapézo-métacarpienne*, se mettre toujours en garde sur la reproduction rapide du déplacement; 2° qu'il est dangereux de se contenter de la réduire et de renvoyer le malade avec un appareil qui peut se déranger ou être enlevé à cause de la gêne qu'il détermine ; 3° qu'il est indispensable de pratiquer la réduction autant de fois que le déplacement se repro-

duira, sans se lasser de lutter contre la déformation, parce que, si on laisse cette luxation non réduite, elle devient rapidement irréductible et occasionne des lésions d'arthrite sèche et des raideurs insurmontables; 4° quinze jours ou trois semaines de surveillance incessante et d'un maintien complet des deux surfaces diarthrodiales, suffisent pour le rétablissement des mouvements normaux de l'articulation.

Luxation du pouce droit. — Plusieurs tentatives de réduction infructueuses viennent d'être faites, à l'Hôtel-Dieu, pour une luxation du pouce en arrière, datant de dix-neuf jours, chez un graveur qui, à la suite d'une chute sur le pouce en avant, n'avait été traité en ville que par des cataplasmes, le déplacement articulaire ayant été tout d'abord méconnu. On sait, en effet, depuis les travaux modernes de Hey, de Dupuytren, de Pailloux, de Malgaigne, etc., combien il faut se hâter de réduire en pareil cas, surtout si on réfléchit à la cause anatomique qui rend cette réduction d'autant plus difficile qu'il s'est écoulé un plus grand nombre de jours depuis l'accident.

Les os sésamoïdes contenus dans le ligament fibro-cartilagineux antérieur forment avec la première phalange du pouce un tout, un appareil que je viens de décrire dans le *Journal d'anatomie et de physiologie* de M. Robin (1872(, sous le nom d'*appareil phalango-sésamoïdien*. Dans la luxation du pouce, cet appareil se déplace en masse en arrière de la tête du métacarpien et est maintenu dans cette position vicieuse par la contraction des deux vaisseaux du muscle court fléchisseur. L'obstacle à la réduction provient donc de trois choses : de la boutonnière musculaire, de l'interposition du ligament antérieur entraîné par la phalange, et aussi, selon nous, de la présence des deux petits osselets constants, liés intimement à la phalange, qui ont suivi le déplacement de ce ligament.

Pour remettre les surfaces articulaires en place, il faut, en agissant sur le pouce, chercher à dégager cette tête du métacarpien de la boutonnière qui se resserre sur le col de l'os, de façon à tâcher de lui faire parcourir un trajet rétrograde. Or, on n'arrive à ce but qu'au prix des plus grandes difficultés, et surtout si la luxation est tout à fait récente.

Comme à la suite de ces déplacements des adhérences plastiques s'établissent rapidement, en quelques heures même, on peut taxer du nom de luxation ancienne celle qui date de quinze, de quatorze, de dix jours. Dans tous les faits où la luxation datait de plus de trois ou quatre jours, elle est constamment restée irréductible. On ne connaît qu'un seul cas, celui de Vidal, où le succès ait été obtenu passé les trois premiers jours, et encore cet auteur n'a-t-il pas indiqué la date précise du déplacement; il se contente de l'appeler luxation ancienne.

Ordinairement, dans ces luxations phalangiennes du pouce en arrière, le *doigt est fléchi*, parce que le tendon du fléchisseur propre, restant à sa place normale, le force à s'incliner en avant. Chez le malade que nous avons observé à l'Hôtel-Dieu, le pouce

avait, au contraire, une *direction rectiligne;* il n'était fléchi ni en avant ni en arrière, parce que, dans ce cas, le tendon du long fléchisseur s'était luxé et porté en dedans. Ce phénomène insolite avait peut-être contribué à faire méconnaître tout d'abord l'existence du déplacement; mais cependant les autres signes ne faisaient pas défaut. Ainsi le pouce était difforme, comme enfoncé dans l'éminence thénar, jouissant d'une grande mobilité anormale, surtout dans l'extension; enfin, la région présentait les dépressions et saillies que les auteurs décrivent et assignent à la pathologie de cette espèce de luxation.

Le *raccourcissement*, de prime abord, ne semblait pas appréciable; car, si on ramenait le pouce du côté de l'index, son extrémité correspondait, comme cela a lieu à l'état normal, à l'union de la première avec la seconde phalange de l'indicateur; mais, en mesurant du sommet du pouce au pli articulaire, on constatait une différence de 1 centimètre; le pouce était, par conséquent, raccourci.

Le diagnostic ne laissait donc malheureusement aucun doute : on avait affaire à une luxation complète de la phalange en arrière; car, pour les luxations incomplètes, si elles existent, elles n'offrent aucune difficulté de réduction. Les surfaces articulaires, dans ce cas, se remettent presque toutes seules en place, et le chirurgien n'a guère le temps d'être témoin d'un semblable déplacement.

Après avoir employé en vain à plusieurs reprises, avec ou sans la pince prenante de Charrière, les différentes méthodes d'*extension*, d'*impulsion simple* de la tête métacarpienne, d'*impulsion* combinée avec la flexion en avant, d'*impulsion* avec la flexion en arrière, M. le professeur Richet a voulu encore essayer, en désespoir de cause, une méthode de douceur employée par Roux et qui lui avait réussi une fois, je veux parler de la *circumduction*, qui a été également mise en usage à plusieurs reprises, mais pour des exemples récents, par quelques chirurgiens. Dans le cas actuel, cette manœuvre a échoué comme toutes les autres.

Quoi qu'il en soit, il faut savoir s'arrêter dans ces tentatives de réduction et ne pas s'acharner à vouloir obtenir un succès, car on cite des exemples de phlegmons, de tétanos, d'arrachement du pouce, etc.; il faut surtout mettre de côté toute opération sanglante (résection de la tête, section des ligaments ou des muscles, etc.), et abandonner le malade à lui-même, d'autant plus qu'un fait clinique d'observation est que, peu à peu, malgré l'absence de réduction, le pouce s'accoutume à sa nouvelle position, reprend ses mouvements et peut rendre encore de grands services dans la préhension des objets.

VI

Sommaire. — Aphasie à la suite d'une paracentèse abdominale. — Blépharoplastie. — Blépharo-phimosis, nouveau procédé de canthoplastie. — Strabisme paralytique, strabotomie. — Kératite ulcéreuse, perforation rapide, hernie de l'iris.

I. Aphasie. —Nous venons d'observer dans le service de M. A. Guérin, à l'Hôtel-Dieu, une femme de 45 ans devenue presque subitement aphasique *à la suite de la paracentèse abdominale* que ce chirurgien pratiqua chez elle pour une ascite symptomatique d'une affection du foie. Ce fait est assez curieux pour pouvoir être mentionné ici, bien qu'il ne rentre qu'indirectement dans notre revue clinique chirurgicale.

Quoique l'étiologie de ce curieux état laisse encore beaucoup à désirer, on peut dire qu'il se manifeste principalement à la suite de traumatismes du crâne, de lésions organiques (tumeurs, hémorrhagie, ramollissement, etc.) portant principalement sur les lobes cérébraux antérieurs (on sait que M. le professeur Broca a précisé formellement le siége du langage articulé dans *la troisième circonvolution frontale du lobe gauche du cerveau*), à la suite de cachexies ou de fièvres graves, etc.; mais je ne sache pas que les nombreux observateurs qui se sont occupés de la *perte complète ou incomplète de la parole*, envisagée comme symptôme d'affections diverses, aient seulement mentionné dans leurs écrits la cause insolite à la suite de laquelle elle s'est développée chez la malade de l'Hôtel-Dieu.

Chez cette femme, une distension considérable de l'abdomen produite par l'ascite nécessita la paracentèse. La ponction fut faite à gauche le 4 avril 1872, et, après la sortie du liquide, le chirurgien eut le soin d'exercer immédiatement une compression sur le ventre à l'aide de la ouate et d'un bandage de corps. Malgré cette précaution, la malade fut prise, quelques instants après l'opération, d'aphasie complète et de symptômes hémiplégiques dans tout le côté droit. Le rétablissement brusque de la circulation abdominale aurait-elle entraîné un caillot qui se serait logé dans une artère de la portion gauche de l'encéphale? Il faudrait croire alors au passage de l'embolus par les capillaires du poumon, ce qui est une supposition gratuite. Toujours est-il qu'il y a eu ici un trouble subit de la circulation qui a porté plus spécialement sur le système nerveux central.

Nous n'avons vu la malade que le 20 août, c'est-à-dire plus de cinq mois après

l'accident terrible qui s'est produit chez elle. Rien ne peut faire soupçonner au premier abord qu'elle a complétement perdu la parole; elle paraît très-intelligente, et ses yeux, bien vifs, témoignent qu'elle comprend parfaitement les questions qu'on lui adresse, quoiqu'elle ne puisse y répondre.

La parole, qui primitivement avait été complétement supprimée, est revenue un peu, mais dans des limites extrêmement restreintes : c'est ainsi qu'elle prononce le mot *oui*, qu'elle achève certains mots à deux syllabes et dont on lui dit la première, qu'elle peut compter jusqu'à cent quand elle a en quelque sorte pris son élan. Elle n'a pas perdu du tout la mémoire, et elle répond avec beaucoup d'à-propos et de précision, par des signes de tête affirmatifs ou négatifs, aux questions dont on la presse.

Actuellement, presque tout symptôme de paralysie a disparu du côté du membre abdominal; le membre supérieur droit, au contraire, tout en ayant conservé sa sensibilité, ne peut se mouvoir et est le siége d'une *contracture* très-prononcée : les doigts de la main droite sont aussi fortement fléchis que possible, et les ongles impriment leurs traces dans la paume de cette main. Si on veut lui étendre les doigts, on rencontre un obstacle invincible siégeant dans les muscles fléchisseurs, et la malade accuse une douleur très-vive qui empêche de porter plus loin toute tentative d'extension.

Comme les antécédents de cette malade encore jeune, et l'apparition complétement brusque des phénomènes aphasiques, donnent tout lieu de supposer qu'ils ne sont pas symptomatiques d'une lésion organique grave de l'encéphale; comme depuis quelques jours il s'est produit une diminution considérable dans les phénomènes de paralysie et une amélioration légère, mais sensible du côté de la parole, on peut prévoir que, avec le temps, un traitement reconstituant, et surtout en faisant subir des interrogatoires fréquents mais peu prolongés à cette malade, elle recouvrera la parole et peut-être en même temps l'usage complet de son membre supérieur droit.

II. Blépharoplastie. — M. Duplay, à l'hôpital de la Pitié, a actuellement dans ses salles un malade sur lequel il a fait une *double autoplastie* dans le but de réparer des désordres occasionnés par un coup de feu à la face, en 1870, et qui a singulièrement bénéficié de cette opération.

La balle avait labouré, obliquement de haut en bas et de gauche à droite, toute la région orbitaire, où elle avait produit les plus grands délabrements; les os propres du nez avaient été brisés au niveau de leur jonction avec le frontal et les sinus frontaux, très-probablement atteints; puis le projectile, passant des fosses nasales dans l'orbite, avait brisé toute la face interne de cette cavité, dont il avait chassé complétement le globe oculaire; la paroi inférieure fut intéressée et le sinus maxil-

laire ouvert; la paupière fut déchirée dans toute sa moitié interne, et la balle ressortit au niveau de la région de la pommette droite en broyant l'os malaire.

Une fois guéri de sa blessure, ce jeune homme, âgé de 23 ans, portait une difformité hideuse qui le rendait un objet de dégoût pour les personnes avec lesquelles il se trouvait en rapport : aussi se décida-t-il à venir consulter. Voici quel était son état :

En dedans au niveau de la racine du nez, et en dehors sur la pommette, une cicatrice adhérente au point d'entrée et de sortie du projectile, l'orbite complétement vidé et, à la place de sa paroi interne, un énorme *hiatus* irrégulier, bordé de tissu cicatriciel, et faisant largement communiquer les fosses nasales avec la cavité orbitaire, la paupière supérieure saine et possédant son cartilage tarse. Quant à la paupière inférieure, déchirée dans sa moitié interne, elle était considérablement déviée dans le reste de son étendue en bas et en dedans, parce que le travail cicatriciel qui avait succédé à la blessure l'avait fortement attirée en ce sens.

Cette mutilation n'était pas de celles qui, à la rigueur, peuvent subir, avec le temps, une heureuse modification par une sorte d'anaplastie naturelle.

D'un autre côté, appliquer un œil en émail sans corriger préalablement, au moins en partie, cette affreuse difformité, n'était pas chose possible : d'abord, parce que, ayant perdu son rôle de *tutamen oculi,* ce qui restait de la paupière inférieure avait une direction oblique qui empêchait le maintien de la pièce artificielle; en second lieu, parce que, en raison du large hiatus orbito-nasal, cette dernière était chassée à l'extérieur par la colonne d'air chaque fois que le malade expirait trop fort, se mouchait ou toussait.

Il fallait, de toute nécessité, chercher à pallier cette difformité, et surtout obturer cet orifice existant en dedans de l'orbite. Si la protèse pouvait se prêter à toutes les sinuosités de cette ouverture de communication et la combler presque entièrement, elle était impuissante contre la déchirure et surtout la déviation de la paupière inférieure, dont le rétablissement dans une direction horizontale était indispensable au maintien de l'œil artificiel dans l'orbite. Aussi M. Duplay eut-il recours à la taille de lambeaux anaplastiques.

Les deux indications nécessitant deux autoplastics distinctes étaient les suivantes : 1° obturer la communication orbito-nasale; 2° reconstituer la paupière inférieure dans toute sa moitié interne en corrigeant la direction oblique en dedans de ce qui restait de ce voile. Le *premier lambeau* destiné à combler l'hiatus fut un quadrilatère plus allongé dans le sens vertical que transversalement et taillé aux dépens des parties molles, un peu cicatricielles, il est vrai, de la partie interne du rebord orbitaire inférieur et de la fosse canine. Ce lambeau, dont la base adhérait supérieurement, fut relevé, disséqué, tordu et appliqué par sa face cruentée sur l'ouverture

anormale de la paroi interne de l'orbite, dont le chirurgien avait préalablement avivé les bords; quelques points de suture le maintinrent en place.

Le *second lambeau* ayant pour but de refaire la paupière eut, au contraire, son grand diamètre transversal et son plus petit dans le sens de la hauteur; il fut circonscrit par une incision verticale externe située en avant de la région malaire et n'allant pas en haut jusqu'au bord libre, puis par une incision inférieure horizontale ou plutôt légèrement oblique, comme le restant de la paupière elle-même; ce lambeau quadrilatère fut disséqué, ce qui permit de le faire pivoter et glisser en haut et en dedans; puis il fut greffé sur la surface saignante qui correspondait à la dissection du lambeau précédent. La partie interne de ce second lambeau alla se réappliquer au niveau du grand angle de l'œil, où elle fut fixée par plusieurs points de suture; de cette façon, la paupière inférieure, d'oblique, était devenue complétement horizontale, et la perte de substance interne était comblée; seulement le second lambeau ne recevait des vaisseaux nourriciers que par la petite portion de peau non sectionnée (bien faible pédicule) au niveau de l'angle externe des paupières, ce qui avait fait craindre une mortification ultérieure. Il n'en fut rien cependant : la réunion des lambeaux, surtout pour le second, s'est effectuée par première intention ; aucun accident n'est venu entraver la cicatrisation, et le résultat obtenu a dépassé de beaucoup l'espoir du chirurgien.

En effet, comme opération autoplastique de la paupière inférieure, le succès a été aussi complet que possible; cette paupière nouvelle, pouvant servir au maintien d'un œil artificiel, est très-suffisante, parfaitement nourrie et régulière, car elle ne s'est mortifiée en aucun endroit; de plus, elle est tout à fait aplatie et de niveau avec les parties molles des régions périphériques; elle ne présente, comme cela a lieu le plus souvent dans les lambeaux autoplastiques, aucun bourrelet, aucune exubérance, aucun boursouflement, ce qui est parfois cause d'un mouvement de bascule de la paupière en dedans, c'est-à-dire d'un ectropion. Cet état, que Blandin avait désigné sous le nom de *gibbosité des paupières*, fait entièrement défaut chez notre malade; on retrouve seulement, au point de jonction avec le reste de la face et limitant le lambeau, les traces linéaires cicatricielles, mais très-peu prononcées, des incisions qui ont permis de le circonscrire.

Le résultat donné par le lambeau destiné à boucher l'orifice de communication orbito-nasale est un peu moins satisfaisant, car il ne recouvre pas complétement la solution de continuité; cependant, cette dernière est notablement diminuée. En effet, au lieu d'une ouverture large et irrégulière, il n'existe plus qu'un pertuis par où l'air s'échappe en moins grande proportion. En résumé, ce jeune homme a bénéficié de cette double autoplastie :

1° Au point de vue de l'*application d'un œil artificiel*, qui est devenu maintenant possible par la reconstitution de la paupière inférieure;

2° Au point de vue du *rétrécissement de l'hiatus orbito-nasal,* et de la diminution de la quantité d'air sortant par cet orifice, ce qui empêchera l'œil artificiel d'être soulevé ou chassé de l'orbite par cette colonne d'air déviée;

3° Au point de vue de la *beauté des formes*, car le lambeau blépharoplastique est d'une régularité parfaite, sans être le siége d'aucune gibbosité.

III. Blépharo-phimosis. Nouveau procédé de *canthoplastie.* — On sait que l'ancienne méthode, qui se propose de corriger cet état dans lequel les paupières ne sont pas suffisamment fendues, consiste à pratiquer, le plus souvent à l'aide de ciseaux, une simple incision à l'un des angles de l'œil (l'angle externe généralement), les deux nouveaux bords s'écartent d'eux-mêmes; le chirurgien augmente alors cet écartement en les renversant en dehors; puis, afin d'éviter la récidive, il fixe, au moyen de quelques points de suture, tout au fond de la plaie et le plus près possible de la nouvelle commissure produite par l'incision, un petit lambeau de la conjonctive.

M. Cusco a remarqué que la canthoplastie, pratiquée de la façon que je viens d'ébaucher, ne donne pas toujours le résultat que l'on veut obtenir, et que le rétrécissement de l'ouverture palpébrale se reproduit, et nécessite une seconde et même une troisième tentative : aussi ce chirugien a-t-il modifié le procédé classique et adopté celui que nous allons décrire, et qui est fort ingénieux.

Nous le lui avons vu pratiquer, à l'Hôtel-Dieu, sur un jeune scrofuleux de 15 ans que, je ne sais pour quelle raison, il n'a pas voulu chloroformiser, ce qui aurait singulièrement facilité l'opération, abrégé sa durée et empêché l'écoulement du sang, qui, beaucoup accru par les contorsions et les cris de ce garçon, gênait sensiblement la manœuvre opératoire.

Voici les temps de l'opération (œil gauche) :

Premier temps : *Taille du lambeau.* Le chirurgien, en tendant successivement la peau des paupières à mesure qu'il en pratique la section, taille, à l'aide de deux incisions qui divergent à partir de la commissure palpébrale externe, un *petit lambeau* cutané triangulaire à base tournée en dehors à son sommet interne, c'est-à-dire répondant à l'angle externe des paupières. Ces deux incisions ont chacune 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres de longueur, ce qui fait que la base du lambeau, qui représente en quelque sorte un triangle isocèle, a également 2 centimètres.

Deuxième temps : *Dissection du lambeau.* A l'aide d'une pince, on soulève le sommet interne de ce lambeau, que le bistouri dissèque peu à peu jusqu'à la base.

Troisième temps : *Section de la conjonctive.* Un bistouri boutonné sectionne de dedans en dehors le cul-de-sac externe de la conjonctive.

Quatrième temps : *Fixation du sommet du lambeau au fond de la plaie.* Ce quatrième et dernier temps de l'opération est *le plus délicat* de tous, et nécessite une

immobilité complète de la part du malade, sous peine, pour le chirurgien, de voir échouer toutes ses tentatives. Il consiste à fixer, par un seul point de suture, le sommet du lambeau ainsi taillé et disséqué, au fond de la plaie, en prenant avec lui le cul-de-sac conjonctival, que le troisième temps a en quelque sorte reculé en dehors. Nous croyons, à moins d'une docilité absolue du patient, que ce temps serait bien abrégé et plus sûrement effectué par l'administration du chloroforme.

M. Cusco a vu constamment ce nouveau mode de canthoplastie élargir d'une façon définitive les paupières, sans nécessiter, comme l'ancien, une nouvelle opération.

IV. Strabisme paralytique. Strabotomie interne. Redressement artificiel du globe oculaire. — Nous avons vu il y a quelque temps M. Panas, à l'hôpital Saint-Louis, pratiquer la myotomie du droit interne de l'œil, et, en raison de la paralysie du droit externe, mettre en usage le mode de redressement artificiel du globe oculaire employé par M. Critchett, mais dans des cas différents de celui que nous voulons relater brièvement ici, parce qu'il nous a paru présenter un intérêt véritablement pratique. Voici le fait :

Une femme de 67 ans se plaignait, il y a quatre mois environ, d'avoir un peu de diplopie de l'œil droit : elle fut alors obligée, pour rendre la vue plus nette, de fermer l'œil gauche, qui était sain, mais seulement pendant quelques jours; car, s'habituant peu à peu à supprimer une des deux images, elle vit sa diplopie disparaître; mais, un mois après le début de ces accidents, elle avait un *strabisme convergent* de l'œil droit. M. Panas reconnut que ce strabisme était dû aux deux causes suivantes : 1° la *paralysie du droit externe;* 2° la *rétraction du droit interne*. Il fit remarquer que le muscle droit interne étant d'ordinaire beaucoup plus puissant que l'externe, à une perte de force de ce dernier représentée par 1, devait correspondre une rétraction du droit interne égale au moins à 3. Quant à la paralysie, il lui assigna une cause cérébrale.

La malade ayant, pendant un certain temps, fait usage d'iodure de potassium sans aucune amélioration, vint prier M. Panas de lui faire l'opération de la *strabotomie*, que ce chirurgien pratiqua de la façon suivante :

Après chloroformisation complète, le globe oculaire fut fixé en dehors et en dedans, attiré légèrement du côté externe et maintenu immobile. La conjonctive ayant été coupée dans le point correspondant à l'insertion du droit interne, le chirurgien porta alors le crochet mousse derrière le tendon de ce muscle, entre lui et la sclérotique; puis, faisant tenir ce crochet par un aide qui exerçait une légère traction, de façon à écarter un peu le tendon, il passa, à l'aide d'une aiguille courbe également mousse, *un fil qui servit à lier le segment antérieur de ce tendon*, et divisa ce dernier avec des ciseaux derrière la ligature.

Ce *fil interne* permettait de faire mouvoir l'œil dans tel sens que l'on voulait. Ce fut là le *premier temps* de l'opération; le *second* fut encore plus simple : au lieu de sectionner le droit externe, comme le faisait de Graefe, et d'avancer son implantation en le fixant en avant du point qui correspond à l'insertion du droit interne (manière d'agir qui pouvait être employée ici, puisque ce muscle était complétement paralysé), M. Panas voulut utiliser la propriété rétractile du tissu inodulaire en vertu de laquelle ce dernier attire de son côté les parties voisines. Il appliqua, en dehors et au niveau du tendon du droit externe, une ligature portant sur la conjonctive et le tissu sous-conjonctival, à l'aide d'un fil (*fil externe*) dont il coupa les deux chefs près du nœud. M. Panas espérait que la cicatrice ultérieure contribuerait à ramener le globe oculaire en dehors.

Le *dernier temps* de l'opération consista à maintenir l'œil d'une façon permanente dans sa position normale, et à exagérer même un peu le mouvement en dehors; pour cela, le chirurgien n'eut qu'à tirer suffisamment le *fil interne* et à le fixer sur la joue droite de la malade à l'aide de quelques légers duvets de ouate imprégnés de collodion. Pour éviter de laisser ce fil en contact avec la cornée, ce qui pouvait exposer à une inflammation ultérieure, il fit basculer ce fil sur un petit rouleau de diachylon qui l'écartait du segment antérieur de l'œil; enfin, de peur que le contact de ce même fil ne vînt à couper, par son séjour prolongé, le bord de la paupière, il interposa un peu de ouate.

V. Kératite ulcéreuse perforante. Hernie de l'iris. — Un enfant scrofuleux, âgé d'une douzaine d'années, est entré dans le service de M. le professeur Gosselin pour une *kératite ulcéreuse* de l'œil droit, dont le développement rapide, puisque le début remonte à peine à un mois, a été la cause d'une complication, sinon insolite, du moins assez rare. Ce petit malade, outre les symptômes de photophobie intense, larmoiement, etc., présentait sur la cornée droite une saillie très-apparente de la grosseur d'un grain de millet, arrondie et d'une coloration brune.

Avait-on affaire à un *staphylome cornéen*, à un *kératocèle*, à une *hernie de l'iris?*

Le staphylome cornéen total devait être immédiatement écarté; car, dans cette affection, le ramollissement de la cornée est tel, que la saillie formée n'est point du tout circonscrite.

Quand une ulcération a détruit les couches superficielles du segment antérieur de l'œil, les lames profondes et la membrane de Descemet, repoussées par l'humeur aqueuse, viennent faire hernie sous la forme d'une petite tumeur vésiculeuse : c'est là le *kératocèle*.

Ctte saillie est circonscrite et possède une coloration noire, absolument comme la hernie de l'iris; aussi crut-on tout d'abord, chez notre malade, avoir affaire à cette complication assez commune; mais, en examinant l'œil latéralement, on vit que la

pupille, notamment déformée, avait son grand diamètre transversal, et qu'u extrémité de ce diamètre arrivait dans la chambre antérieure détruite à ce niveau adhérait au pourtour de l'ulcération cornéenne qui lui avait donné issue. On av donc sous les yeux, non pas un kératocèle, mais une *hernie de l'iris consécutive une kératite ulcéreuse perforante* dont le développement avait été très-rapide.

Cette hernie, qui a eu aussi probablement comme cause adjuvante la compressi du globe oculaire par la contraction des muscles de l'œil, constitue une complic tion fort incommode qui est le siége d'irritations incessantes, mais n'allant p cependant jusqu'à la suppuration.

L'idée que le mot de hernie porte en lui nous amène à nous demander si l' peut, en pareil cas, réduire; l'expérience démontre que les adhérences qui s'établ sent très-vite, en quelques heures à peine, rendent toute tentative de réducti infructueuse; c'est là un fait d'observation qui nous est fourni par les hernies l'iris qui se font à la suite de la kératotomie. Du reste, quand bien même cet réduction serait possible et même effectuée, la hernie se reproduirait sans cesse p l'ouverture ulcérée de la cornée, qui ne peut être obturée. M. Desmarres conseil dans ces cas d'employer les instillations de sulfate neutre d'atropine, d'autres la fè de Calabar, dans le but d'attirer l'iris en arrière. M. le professeur Gosselin croit qu est préférable, sans chercher à combattre l'enclavement de l'iris, de l'amener, p des cautérisations avec le nitrate d'argent et par une compression méthodique, a niveau de la surface de la cornée, de façon à favoriser la formation d'une cicatric adhérente se substituant à la tumeur herniaire, qui diminue progressivement. Il malade, une fois guéri, conserve alors une tache cornéenne persistante.

VII

SOMMAIRE. — Deux cas d'ovariotomie. Une guérison. — Névralgie de la cinquième paire, troubles consécutifs graves du côté des organes des sens.

§ I. DEUX CAS D'OVARIOTOMIE. *Une guérison.* — Nous avons observé dans le service de M. E. Cruveilhier, 1872, à la Salpêtrière, deux femmes chez lesquelles ce chirurgien vient de pratiquer l'ovariotomie; l'une d'elles est complétement guérie; la seconde a très-probablement succombé, à l'heure qu'il est, à une péritonite survenue dans des circonstances exceptionnelles. Ces deux exemples portent en eux divers enseignements d'une importance capitale qui méritent, à plusieurs titres, de fixer l'attention des praticiens : à l'un d'eux se rattache, entre autres, une question du plus haut intérêt, mais dont la solution ne nous paraît pas facile, je veux parler : 1° de la coexistence de la grossesse et d'un kyste ovarique chez une femme accouchée il y a treize mois et n'ayant pas vu, depuis ce temps, reparaître ses règles; 2° de la difficulté qu'il y a à établir le diagnostic de cette grossesse commençante, c'est-à-dire la contre-indication à l'ovariotomie.

Dans le *premier cas*, qui s'est terminé par la guérison, il s'agissait d'une *femme de 50 ans*, d'une constitution assez médiocre, quoique n'ayant jamais présenté de maladie de longue durée. Le kyste, dont le début remontait à neuf mois, n'avait pas fait éprouver à la malade des souffrances bien vives; cependant elle avait ressenti il y a quelque temps, dans le ventre, de légères douleurs qui avaient bientôt disparu. Elle se plaignait surtout de la perte d'appétit et de troubles dus aux phénomènes de compression des organes internes, par une tumeur qui ne laissait pas que d'être très-volumineuse, puisque la *circonférence du corps, au niveau de l'ombilic, mesurait* 108 *centimètres.*

Une ponction, faite en vue de soulager momentanément cette femme, donna issue à plusieurs litres d'un liquide filant, légèrement coloré, mais fut loin d'être suivie d'un affaissement complet de la poche; on n'avait évidemment, dans cette opération, vidé qu'un des kystes; la palpation, sur les différentes régions de la paroi abdominale, fit alors reconnaître facilement la présence de masses dures, multiples, non fluctuantes, de volume variable, présentant un aspect bosselé. Le kyste fut diagnostiqué *aréolaire*, et, en raison de son développement rapide, du peu de dou-

leur qu'il avait occasionné, de la gêne considérable déterminée sur les organes voisins, de l'état général assez satisfaisant de la malade, M. Cruveilhier crut qu'il pouvait souscrire au désir de cette dernière, qui demandait à être complétement débarrassée de sa tumeur, et, après l'avoir laissé reposer quelques jours à la suite de la ponction, il lui pratiqua l'ovariotomie dans une chambre séparée des autres salles, bien aérée et donnant sur des jardins.

L'*opération* dura trois quarts d'heure et s'exécuta sans trop de difficulté. Après complète chloroformisation, le chirurgien fit, au niveau de la ligne blanche, une incision qui allait depuis le pubis jusqu'à 5 centimètres de l'ombilic. Une fois dans la cavité abdominale, il constata et put détacher des adhérences assez intimes de la tumeur avec l'épiploon et les parois de l'abdomen. Pour faciliter cette manœuvre, il prolongea son incision en haut en contournant l'ombilic.

Le kyste ayant été bien isolé, et l'intégrité des organes génitaux internes ayant été reconnue, le clamp fut appliqué sur le pédicule, dont l'épaisseur n'était pas très-considérable, et qui était court; et le péritoine, qui contenait une petite quantité de sang et de sérosité, fut épongé avec soin. On ne fut pas obligé d'apposer de ligature. Quatre ou cinq sutures profondes comprenant la séreuse furent échelonnées le long de l'incision abdominale, puis autant de sutures superficielles intéressant les tissus cutanés et sous-cutanés, en dehors des précédentes.

Au moment de terminer, le clamp lâcha; le chirurgien passa alors deux gros fils bien solides à travers le pédicule, qu'il fixa solidement par une suture entortillée à la paroi abdominale, puis il acheva les dernières sutures de cette paroi.

Les suites de l'opération furent aussi simples que possible. Une vessie remplie de glace fut maintenue sur le ventre. Des pilules d'extrait thébaïque furent prescrites; le pouls et la température ne s'élevèrent pas, et l'évacuation de l'urine s'effectua normalement. Au bout de quelques jours, on vit que le pédicule, comme par une sorte de réaction élastique, avait quitté la paroi de l'abdomen où il avait été fixé, et était rentré dans le petit bassin, ce qui fit craindre un instant le développement d'accidents inflammatoires du côté de la séreuse; il n'en fut rien heureusement, et la guérison s'effectua avec rapidité.

Au moment où nous avons vu la malade, c'est-à-dire vingt-cinq jours après l'opération, elle était assise sur son lit, et ne se levait pas encore, parce que, en bas et à gauche de l'extrémité inférieure de l'incision médiane, il existait encore deux noyaux inflammatoires indurés, donnant une petite quantité de pus qui s'écoulait par un trajet fistuleux très-court, venant s'ouvrir au niveau d'un des derniers points de suture superficiels. L'appétit était bon, et l'embonpoint commençait à revenir.

La *seconde femme* qui a été opérée par M. E. Cruveilhier, en raison de son âge elle a 30 ans), permettait de prévoir beaucoup plus de chances de salut que la pré-

cédente. Malheureusement, une complication que l'on ne pouvait guère soupçonner est venue déterminer chez elle des accidents mortels Cette jeune femme était accouchée il y a treize mois, et, au moment de l'accouchement, raconte-t-elle, le médecin qui l'assistait lui aurait dit qu'elle avait une grossesse gémellaire; c'était évidemment un kyste de l'ovaire qui fut pris pour un second fœtus, et qui, à en juger par cette méprise, remontait déjà à quelques mois. On pouvait donc supposer que le début du kyste de cette femme datait à peu près de quinze à dix-huit mois. La tumeur était extrêmement volumineuse au moment de l'entrée de la malade à la Salpêtrière, puisque la circonférence du ventre, au niveau de l'ombilic, équivalait à 138 centimètres, c'est-à-dire dépassait de 30 centimètres la circonférence de la première malade. Non-seulement cette femme était gênée par le poids de cette masse énorme et par les phénomènes de compression qu'elle exerçait sur les organes thoraciques et abdominaux, mais elle avait éprouvé à plusieurs reprises des douleurs aiguës du côté de sa tumeur, qui prenait sans cesse de l'accroissement. Sa santé générale s'altérait visiblement; elle maigrissait, n'avait plus d'appétit; la partie inférieure du corps s'œdématiait; il lui était impossible de se livrer à aucun travail; aussi vint-elle demander instamment au chirurgien de la débarrasser le plus promptement possible de sa tumeur par une opération radicale.

Au moment de son entrée, la distension de l'abdomen était telle, et la gêne de la respiration si grande, qu'on jugea à propos de lui faire sur-le-champ une ponction, qui permit d'évacuer 18 litres de liquide trouble et d'une viscosité assez prononcée. Après cette opération, on sentait également, comme chez la première malade, par le palper abdominal, des tumeurs de moyenne dimension, dures et accumulées les unes à côté des autres. Sachant bien que cette ponction n'était qu'un moyen palliatif, et ne voulant plus endurer les souffrances auxquelles elle avait déjà été en butte, cette jeune femme réclamait toujours et avec persistance l'ovariotomie, qui lui fut pratiquée, par M. Cruveilhier, le 5 septembre 1872.

Cette opération fut bien plus longue et plus pénible que dans le cas précédent. Elle fut faite après entière chloroformisation de la malade et dura une heure. Le chirurgien se trouva d'abord gêné pour faire son incision, par la grande flaccidité de la paroi abdominale, qui constituait un tablier mobile tombant à droite par son propre poids.

Cette incision, pratiquée également au niveau de la ligne blanche, alla du pubis à l'ombilic, qu'elle contourna dans l'étendue de quelques centimètres. Aucune hémorrhagie ne se manifesta pendant ce premier temps; la main, introduite dans le ventre, constata des adhérences beaucoup plus nombreuses et plus résistantes que chez la première femme; en effet, ces dernières existaient non-seulement avec la ligne blanche, l'épiploon et avec la partie inférieure de la paroi abdominale antérieure, mais remontaient même au-dessus de l'ombilic. Elles constituaient des

brides si épaisses et des cloisons fibreuses si dures, que la main était impuissante à les détacher, et qu'on fut obligé d'employer des ciseaux pour en couper plusieurs.

Lorsqu'on eut parfaitement isolé la tumeur, on vit qu'elle se composait d'un *gros kyste unique*, vidé en grande partie par la ponction qu'on avait pratiquée antérieurement, et par une *masse solide* formée par la juxtaposition de plusieurs centaines de kystes aréolaires plus petits, de dimension variable, à parois résistantes et ne contenant qu'un peu de liquide gélatineux. La main, explorant la profondeur de la cavité abdominale, ne rencontra pas d'adhérence avec les organes profonds. L'ovaire et la trompe du côté gauche étaient sains, mais *l'utérus se présenta avec un volume anormal, semblable à celui qu'il a lorsqu'il est gravide de deux mois à peu près*, comme M. Cruveilhier en fit l'observation pendant le cours de ses explorations; toutefois, voyant qu'il n'était le siége ni de kyste, ni de tumeur fibreuse, comme il en avait eu premièrement la pensée, il ne s'occupa que d'achever le plus rapidement possible l'opération, qui avait déjà duré trop longtemps. Il attira le kyste à l'extérieur, appliqua le clamp et sectionna le pédicule au-dessus. Ce dernier fut cautérisé avec le fer rouge; plusieurs artères furent liées, et la cavité péritonéale ayant été épongée avec tout le soin désirable, on plaça le long de l'incision huit points de suture profonde et autant de sutures superficielles en dehors des premières. Des bandelettes collodionnées contribuèrent à maintenir rapprochées les lèvres de la plaie, pour les empêcher de se déchirer au niveau de ces sutures entortillées.

Le clamp ayant lâché, comme précédemment, on ne put, en raison du peu d'épaisseur et de longueur du pédicule, le fixer à la paroi abdominale; on le laissa se rétracter dans le petit bassin, en se contentant de maintenir à l'extérieur le fil solide qu'on avait passé dans son épaisseur.

Une vessie remplie de glace fut appliquée immédiatement et d'une façon continue sur le ventre.

Malgré les difficultés de cette opération laborieuse, la malade n'eut aucun accident pendant les premières trente-six heures; elle urinait bien, avait pris un peu de bouillon; son pouls n'était pas très-élevé, sa température était à 37°,5; lorsque, au bout de quarante-huit heures, *elle fit une fausse couche de deux mois*, sans qu'elle en eût elle-même connaissance. Le délivre ne fut malheureusement pas extrait sur l'heure par l'élève de service, ce qui nécessita, quelques heures plus tard, des manœuvres un peu violentes pour dilater le col, qui s'était resserré, et pour extraire le placenta. A partir de ce moment, le pouls devint plus rapide, le facies commença à se gripper, des douleurs abdominales se manifestèrent, et, lorsque nous quittâmes la malade, M. Cruveilhier la considérait à peu près comme perdue.

Ces deux exemples d'ovariotomie que nous venons de rapporter brièvement nous paraissent dignes d'intérêt à plusieurs points de vue :

1° De deux femmes, l'une ayant 50 ans, l'autre 30, c'est la plus âgée qui a guéri. Or, on sait que, d'après la statistique de M. Kœberlé, la mortalité au-dessous de 50 ans est extrêmement considérable (5 morts sur 7). En octobre et novembre 1868, Liégeois et M. Boinet communiquaient à la Société de chirurgie deux cas de guérison : le premier, chez une femme de 45 ans ; le second, chez une de 47.

2° On voit que des *adhérences, même nombreuses et très-résistantes*, ne sont pas du tout une contre-indication à ce qu'on mène à bonne fin l'opération, si elles n'existent qu'au niveau de la ligne blanche, de la paroi abdominale et de l'épiploon. On finit toujours par les détacher, les déchirer, les couper même, et par isoler la poche kystique. Il n'en serait pas ainsi si les adhérences siégeaient au niveau de plusieurs des viscères de l'abdomen.

3° *L'usage du clamp n'est pas indispensable*, et, quel que soit son degré de perfectionnement, *il faut toujours s'en méfier*. Il est de toute nécessité d'appliquer au-dessous de cet instrument une forte ligature, que l'on maintiendra à l'extérieur au niveau de l'angle inférieur de la plaie. Nous voyons aussi que, de ce que le clamp lâche, il ne faut pas regarder comme inévitable le développement de la péritonite.

4° La première de nos malades nous montre, de plus, un exemple bien intéressant de *rétraction rapide du pédicule*, n'ayant déterminé cependant aucune conséquence fâcheuse chez l'opérée. Cette rétraction est parfois très-considérable ; Liégeois, dans l'observation que j'ai citée, dit que *malgré plusieurs anses de fils en huit de chiffre disposés de façon à ce qu'elles comprimassent circulairement le pédicule, ce dernier s'était rétracté avec une telle force, qu'il s'était coupé sur la tige de l'aiguille en s'enfonçant de plus d'un centimètre.*

Chez la malade de M. Cruveilhier, la rétraction a été encore plus marquée, et, quoiqu'on n'ait pas cherché à contrebalancer ses effets par des moyens multiples, il n'est point arrivé d'accident. Cette rétraction précoce du pédicule ne doit donc pas être regardée non plus comme une cause inévitable de péritonite ; cependant, je crois que le chirurgien devra, dans la plupart des cas, s'efforcer de la combattre, et chercher à maintenir le pédicule le plus près possible de l'angle inférieur de la plaie à l'aide d'un gros fil laissé à l'extérieur.

Dans les exemples qui se rapprochent de ceux que M. Cruveilhier a eus sous les yeux, c'est-à-dire quand le pédicule est court et large, Tyler Smith conseille *de le laisser flotter dans l'abdomen*, après en avoir fait préalablement une ligature bien solide, dont on a sectionné les chefs tout près du nœud. Il va plus loin : il dit qu'on *peut laisser le pédicule à lui-même*, après avoir seulement lié les vaisseaux qui donnent du sang. Je ne sais si, dans tous les cas, le chirurgien se trouvera bien d'une pratique semblable ; mais elle nous montre, au moins, que la rétraction du pédicule et le contact immédiat de ce dernier avec la séreuse péritonéale ne sont peut-être pas autant à redouter que certains auteurs l'ont admis.

5° La seconde malade nous montre enfin qu'il faut, avant de pratiquer l'ovariotomie, se mettre toujours en garde sur la possibilité de l'existence d'une grossesse. Mais comment pourrait-on arriver à diagnostiquer d'une façon certaine, à soupçonner même une grossesse de deux mois, *chez une femme portant un kyste ovarique extraordinairement volumineux, qui est accouchée depuis treize mois, et n'a pas eu depuis cette époque une réapparition, puis une suppression de ses règles ?* J'avoue que le problème me paraît assez difficile à résoudre. Si on avait eu seulement le soupçon, on aurait conseillé d'attendre; mais nous avons dit que la malade réclamait impérieusement l'opération. D'autre part, la grossesse aurait-elle pu venir à terme avec une tumeur ovarique d'un pareil volume?

§ II. NÉVRALGIE REBELLE DE LA CINQUIÈME PAIRE. *Troubles anesthésiques de la face, et troubles nutritifs très-graves du côté des organes des sens.* — L'élément anatomique a pour condition d'existence la *propriété de nutrition* qui lui est inhérente, naît et meurt avec lui; M. le professeur Robin, M. Chauveau et bien d'autres physiologistes ont mis ce fait hors de doute; mais il ne faudrait pas refuser cependant au système nerveux toute espèce de participation à l'accomplissement régulier des phénomènes nutritifs des tissus. L'élément anatomique a besoin d'être secondé par les *nerfs vaso-moteurs*, comme l'ont déja prouvé bon nombre d'expériences physiologiques, comme le démontre aussi chaque jour l'observation clinique.

Un nouveau fait, qui rentre entièrement dans cet ordre d'idées, s'est présenté à nous à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Richet, remplacé actuellement par M. E. Cruveilhier. Une femme, âgée de 32 ans, offrant depuis très-longtemps un embonpoint excessif, puisqu'elle pèse au moins 200 (à 22 ans, elle pesait 208 livres), n'avait jamais eu de maladie grave, si ce n'est quelques douleurs passagères au niveau des jointures, lorsqu'elle fut prise, il y a un an, de *névralgie faciale* du côté droit. Les souffrances qu'elle endurait étaient si intenses, qu'il y avait chez elle insomnie presque complète; car les accès, tout d'abord, étaient quotidiens. D'après le dire de la malade, les douleurs n'étaient pas seulement limitées à un point, mais bien générales, et toute la moitié droite de la tête et de la face lui faisait éprouver des élancements d'une violence extrême.

Au bout de quelque temps, elle s'aperçut que la paupière supérieure droite tombait et ne pouvait plus se relever d'elle-même. Tant que ce phénomène eut lieu, *l'œil resta sain;* mais quand il eut disparu, une quinzaine de jours après, et que la malade put ouvrir facilement l'orifice palpébral, le globe oculaire devint malade.

Ces troubles de la vision apparurent au mois de janvier dernier, c'est-à-dire trois mois après le début de la névralgie, et consistèrent dans un peu de photophobie, de rougeur de l'œil et un larmoiement considérable qui la forcèrent de consulter un oculiste, mais qui ne s'améliorèrent pas, malgré le traitement prescrit.

Les accès névralgiques continuaient, mais devenaient plus rares, tandis que les troubles de la vision s'exagéraient et inquiétaient d'autant plus cette malade, qu'elle trouvait que tout le côté droit de la tête et de la face avait perdu sa sensibilité.

Au moment de son entrée dans le service de M. Richet, cette malade offrait encore quelques phénomènes de névralgie; mais ce qu'il y avait chez elle de plus curieux, c'était le *contraste frappant qui existait entre les troubles anesthésiques de la face et les douleurs provoquées*, quand le doigt venait à appuyer sur le lieu d'émergence de certains nerfs. On pouvait, et on peut encore actuellement pincer ou piquer superficiellement la peau de la moitié droite du crâne et de la face, sans qu'elle en ait conscience; mais vient-on à presser un peu fortement au niveau des points sus et sous-orbitaire, mentonnier, pariétal et surtout temporal, elle accuse une douleur très-vive. Cette anesthésie occupe, du côté droit de la face, les *paupières*, le *nez*, la *joue*, la *commissure labiale*, la *région maxillaire inférieure*. Le doigt peut toucher et même presser le *bulbe oculaire* et la *cornée*, sans que la malade accuse la moindre sensation de contact. La sensibilité générale de toute la moitié droite de la *muqueuse linguale* est très-émoussée. L'*oreille externe* échappe en partie à ces phénomènes anesthésiques en raison, très-probablement, du rameau nerveux considérable qu'il reçoit du plexus cervical; mais il existe des troubles profonds très-marqués du côté de l'*oreille interne;* car la malade, après avoir entendu, pendant quelque temps, sifflements et bourdonnements, s'est aperçue que l'audition diminuait, à droite, d'une façon sensible. Notons, enfin, que l'*olfaction* a été bien moins impressionnée à droite qu'à gauche par un flacon d'ammoniaque porté sous les narines.

Les *altérations du globe oculaire* sont de beaucoup les plus marquées et celles qui inquiètent le plus cette personne; car elles vont en s'accroissant de jour en jour. La cornée, dans toute sa moitié droite et dans sa partie supérieure, a complétement perdu sa transparence; il existe un leucoma de tous ces points; la conjonctive est rouge, mais cette inflammation n'offre aucun caractère d'acuité; elle est en quelque sorte passive; les vaisseaux sont gorgés d'un sang qui stagne et ne circule plus dans leur intérieur. En raison de cette stase sanguine, il s'est produit un boursouflement de la partie inférieure de la conjonctive, qui est convertie en une *plaque charnue* tendant même à empiéter sur la circonférence cornéenne.

Par la moitié interne de la cornée restée à peu près translucide, on constate un *rétrécissement de la pupille*, et la malade dit qu'elle a conservé un peu de vision de ce côté; les troubles profonds de l'œil sont donc loin d'être en rapport d'intensité avec les troubles superficiels. La température de la peau ne nous a pas paru sensiblement augmentée, soit au niveau de la tempe, soit sur le nez ou l'oreille.

Nous avons affaire ici à un cas un peu complexe, où l'on retrouve des symptômes dus à une paralysie incomplète de la troisième paire; car nous avons dit que, à un

moment donné, la malade avait eu une chute de la paupière supérieure. Mais les troubles prédominants portent sur la sensibilité de tous les points du côté droit de la tête et de la face, qui sont animés par les branches du trijumeau et sur les organes des sens correspondants. La névralgie rebelle dont cette femme a été atteinte, peut être même la *névrite* de ce tronc nerveux, ont été la cause déterminante des troubles nutritifs les plus accusés, qui se sont plus spécialement localisés sur l'organe de la vision.

Ces troubles peuvent être rapprochés, jusqu'à un certain point, de ceux que l'on détermine expérimentalement sur les animaux auxquels on sectionne la cinquième paire, et chez lesquels la dilatation paralytique des vaisseaux sanguins consécutive à la division des *nerfs vaso-moteurs* annexés au trijumeau provoque des désordres dans la nutrition des différentes parties de la face. A l'exemple de Schiff et de H. Snellen, qui, pour éviter ces lésions oculaires chez les animaux, ont fermé les paupières du côté anesthésié, M. E. Cruveilhier se propose, chez cette femme, de suturer les deux bords palpébraux. Cette tentative ne sera guère, malheureusement pour la malade, qu'un moyen palliatif, qui aura peut-être pour but de diminuer un peu l'hypérémie de l'œil, mais qui sera tout à fait impuissant contre les lésions graves de la cornée que nous venons de décrire plus haut.

VIII

Sommaire. — Plaie compliquée du poignet droit. — Morsure de cheval, paralysie traumatique du nerf radial droit. — Écrasement de la main gauche. — Écrasement des doigts, production cornée simulant la régénération des ongles. — Plaie de la plante du pied à la suite d'une contusion de la face dorsale.

Une série de malades atteints de plaies des membres supérieur et inférieur, que nous venons d'observer dans les hôpitaux de la Pitié et de la Charité, nous fournit l'occasion de rappeler, à ce propos, certaines considérations cliniques qui nous semblent avoir leur intérêt, et de poser surtout les indications thérapeutiques de quelques-unes de ces blessures.

§ I. Plaie du poignet. — Cet exemple (Charité, service de M. le professeur Gosselin) nous montre l'extrême gravité d'une plaie de peu d'étendue, et toutes les réserves que le praticien doit faire en pareille circonstance dans l'appréciation du pronostic. Une bouteille, qu'un homme de 35 ans rinçait, la paume de la main droite étant appuyée sur le goulot, se brise et produit par un de ses morceaux une solution de continuité du poignet droit : une des branches, du V ouvert en haut qu'elle représente, est située sur la face antéro-interne, l'autre sur la face postéro-interne, et les deux se réunissent au niveau du bord interne du poignet. Cette plaie oblique est assez nette : profonde, elle intéresse presque tous les organes qui sont groupés dans cette région, la partie la moins épaisse de l'avant-bras, et mérite au plus haut degré, en raison de la multiplicité des tissus lésés, la dénomination de *plaie compliquée*. Elle comprend, en effet, la *peau* et le tissu sous-jacent, le *tendon du cubital antérieur* et un de ceux du *fléchisseur sublime*, l'*artère cubitale*, le *nerf cubital* (le côté interne de l'annulaire n'était pas entièrement paralysé), et enfin, comme dernière lésion, la plus grave de toutes, l'ouverture de l'articulation *cubito-pyramidale* du poignet, qui a été la conséquence de la section complète du ligament latéral correspondant.

Dans une leçon clinique qu'il a faite sur cet intéressant malade, M. le professeur Gosselin s'est demandé quelles étaient les données qu'on pouvait utiliser pour établir la nature du pronostic et les indications thérapeutiques.

De toutes ces indications, la plus pressante était de porter remède à l'hémorrhagie, qui mettait les jours du blessé en péril; aussi la ligature de l'artère cubitale a-t-elle été immédiatement pratiquée dans la plaie. Quant à la suture des tendons divisés, le professeur l'a rejetée en s'appuyant sur ce que : 1° le cubital antérieur est relativement d'une importance secondaire, et que le tendon du sublime sera

suppléé, après la guérison, par celui du profond ; 2° en raison de l'écartement deux bouts des tendons sectionnés, il serait indispensable de donner à cette pa du membre une position forcée et, par conséquent, d'exercer des tiraillem violents sur les tissus; 3° la réunion par première intention est rare, et une su ration provoquée par la suture elle-même est la cause d'exfoliations tendineuse moins partielles. Or, c'est à prévenir cette inflammation suppurative que doi tendre tous les efforts du chirurgien en présence d'une plaie de ce genre, compliq surtout de l'ouverture d'une articulation. Si la suppuration est inévitable, on placer au moins le blessé dans des conditions telles, qu'elle se limite aux par superficielles, précaution dont on ne tiendrait pas compte si, par des ligatures sutures profondes, on déterminait un travail irritatif, qui pourrait être le point départ d'arthrite ou de phlegmon diffus consécutif.

C'est pour cette raison que le chirurgien, après avoir affronté les lèvres de plaie cutanée par quatre points de suture, et après avoir fléchi modérément la m sur l'avant-bras, a appliqué l'*appareil ouaté* selon les règles émises par M. A. Guér Est-ce à dire, maintenant, que le malade soit à l'abri de complications ultérieu graves? Ce serait une grande présomption que de le croire; car il ne faut pas oubl que cette plaie du poignet, quoique d'une étendue peu considérable, a été produ par un tesson de bouteille (corps tranchant et contondant); or, on sait combien solutions de continuité de ce genre suppurent avec facilité : on n'ignore pas enf ce qui a laissé à ce blessé bien peu de chance pour la réunion immédiate, que section a porté sur un grand nombre de tissus de nature différente, tissus conjonct tendineux, nerveux, etc., qui ne tendront probablement pas tous, par une entei parfaite et par un effort simultané, à une cicatrisation par première intention, ce q serait le salut pour ce malade.

§ II. Morsure de cheval au niveau du bras droit. — Paralysie traumatiq du nerf radial. — Les exemples de plaies par morsures d'animaux sont loin d'êt rares, et ces solutions de continuité présentent une diversité infinie. Nous avo déjà rapporté, l'année dernière (Union Médicale, 1872, n° 101), un cas d'arrach ment de la verge et du testicule par [la bouche d'un cheval; toutefois, nous devoi dire que les blesures de ce genre n'offrent pas toujours une étendue aussi cons dérable, et que souvent les accidents qui en sont la conséquence sont loin d'ét en raison directe de la grandeur de la lésion.

Un nouvel exemple s'est présenté à nous dans le service de M. Verneuil, à Pitié, et nous montre qu'une plaie de cette nature, assez étroite, d'une gravité m diocre en apparence, peut entraîner parfois à sa suite une difformité persistant peut-être irremédiable, et laisser le blessé complétement estropié pour le reste c ses jours.

Un garçon de 21 ans, fort et vigoureusement constitué, eut, il y a trois mois environ, le bras droit saisi, ou plutôt pincé transversalement au niveau de la partie moyenne par les dents d'un cheval (1). La douleur éprouvée par le patient fut très grande, et, au moment où l'animal lâcha prise, tout le membre supérieur retomba de lui-même et resta le siége d'un engourdissement qui persista longtemps.

Ce garçon guérit rapidement d'un phlegmon peu intense consécutif à sa blessure, mais avec perte absolue des mouvements de supination et d'extension de la main correspondante. Au moment où nous le voyons, nous constatons sur le bras, légèrement atrophié, deux cicatrices à peu près arrondies et de la largeur d'une pièce de 50 centimes; chacune est à l'extrémité du diamètre transversal du membre, l'une en dedans de la saillie du biceps, l'autre en dehors, située au niveau du point où le nerf radial s'échappe de la gouttière de torsion de l'humérus. Quand le malade élève le membre supérieur (ce qu'il fait avec un peu de peine, parce qu'il lui semble plus lourd), la main retombe inerte en pronation, se trouve située presque à angle droit à l'extrémité de l'avant-bras, et ne peut plus se porter dans l'extension, malgré les efforts que fait le malade. Le diagnostic n'était pas difficile à poser : nous avions évidemment affaire à une *paralysie d'origine traumatique* du nerf radial déterminée par la pression de la mâchoire du cheval au niveau de la face externe du bras. Quant à la sensibilité des téguments, elle est tout à fait conservée. Mais à ce simple exposé ne devait pas se borner le diagnostic, comme l'a dit M. le professeur Verneuil dans une de ses cliniques. On devait chercher à pénétrer plus loin, c'est-à-dire à établir quel est l'état actuel du nerf radial, pour pouvoir se prononcer sur le plus ou moins de gravité du pronostic.

Afin de déterminer si on a affaire, dans le cas présent, à une lésion nerveuse irremédiable condamnant le malade à une infirmité permanente, ou bien si on peut espérer voir le nerf reprendre ses propriétés conductrices de la sensibilité et de la motricité, il fallait, de toute nécessité, avoir recours à l'emploi de l'électricité. C'est ce qui a été fait avec tout le soin désirable : les électrodes ont été successivement appliqués sur toutes les masses musculaires animées par le nerf radial, mais *aucun de ces muscles n'a donné signe d'existence.*

Ce premier fait négatif étant établi, doit-on se décourager? Ou bien, se fondant sur ce que la sensibilité est intacte et que le radial est mixte, ne peut-on pas espérer, admettre même à la rigueur qu'un nerf dont les fibres motrices ont perdu toute action, mais dont les fibres sensibles fonctionnent encore très-bien, n'a pas été détruit en totalité et reprendra tôt ou tard son rôle de conducteur du principe de mouvement? A cette hypothèse, M. Verneuil répond : Oui, mais seulement quand on a affaire à un nerf du volume du sciatique; dans certains cas de lésion de ce

(1) Voir mon mémoire sur les Traumatismes produits par la bouche du cheval (*Bulletins* de la Société de chirurgie, 1876).

tronc nerveux, dit-il, bien que les muscles correspondants du membre inférieur soient paralysés, si le pied a conservé sa sensibilité, on est en droit de dire que la section du nerf n'a pas été complète. Mais, quand il s'agit de l'avant-bras, il en est tout autrement. M. Paulet (UNION MÉDICALE, mars 1868), dans un mémoire présenté à la Société de chirurgie, intitulé : *Études sur les suites immédiates ou éloignées des lésions traumatiques des nerfs*, et MM. Arloing et L. Tripier, par leurs expériences sur le chien et le chat (*Recherches sur la sensibilité des téguments et des nerfs de la main, Arch. de physiol.*, 1869), ont démontré d'une manière péremptoire que les nerfs du membre supérieur peuvent se suppléer réciproquement, et que la conservation de la sensibilité des points où se distribuent les effets du radial, par exemple, n'implique pas nécessairement l'*intégrité* au moins partielle du tronc nerveux lui-même. Nous osons même aller, dans cette assertion, plus loin que le professeur de la Pitié, en disant que, à la suite d'une lésion du nerf sciatique lui-même, la persistance de la sensibilité du membre inférieur n'est pas un signe suffisant pour laisser supposer toujours une action incomplète du tronc nerveux. Liégeois (Soc. de chir., 1869, p. 108), en effet, sur un chien auquel il avait coupé le nerf sciatique très-haut, et chez lequel la sensibilité s'était rétablie d'une façon parfaite, constata encore au bout d'un mois, à l'autopsie, *un écartement de* 5 *à* 6 *centimètres* entre les deux bouts du nerf.

Chez le malade que nous avons eu en observation, si les doigts du chirurgien appuient avec assez de force sur l'endroit où le nerf est lésé, aucune contraction musculaire ne se produit, et la sensibilité de l'avant-bras ne se trouve pas momentanément exagérée; mais, un peu en arrière de la cicatrice externe du membre, il existe un point, un petit noyau (est-ce un névrome?) où la pression détermine un léger engourdissement de l'avant-bras. Doit-on voir encore, dans ce symptôme provoqué, une preuve convaincante de l'intégrité du tronc nerveux, ou bien n'y aurait-il là qu'un phénomène se rapprochant de l'illusion des amputés qui, par suite de la perception centrale, rapportent l'impression transmise par un nerf du moignon à l'extrémité du membre qui n'existe plus?

En résumé, on ne peut affirmer, à l'époque actuelle, quel est l'état anatomique du nerf radial; s'il a été pincé, contus, et si, par suite, il s'est atrophié; s'il a été sectionné entièrement; si les bouts sont en contact, et si l'atrophie porte et sur l'un et sur l'autre. Que doit-on conclure à ce sujet, et sommes-nous autorisé à porter chez ce jeune homme un pronostic fatal? Non, certes, si nous nous rappelons les expériences wallériennes, qui ont parfaitement démontré, en maintes circonstances, que, sur les tubes dégénérés de nerfs lésés, le cylindre axe persiste et peut être consécutivement le point de départ d'une régénération nouvelle, et, par suite, du rétablissement de la sensibilité et de la motricité. Aussi pouvons-nous dire que la physiologie expérimentale démontre au clinicien qu'il n'est en droit de déclarer

une paralysie traumatique incurable et au-dessus de toutes les ressources, qu'au bout de trois ou quatre mois; or, chez le malade de la Pitié, la blessure ne date que de trois mois à peine.

Quoi qu'il en soit, dans l'attente de cette régénération nerveuse, le chirurgien ne doit pas se borner à un rôle passif. Une indication thérapeutique importante se présente à lui, savoir : veiller à la *conservation de l'intégrité de l'élément musculaire.* Il remplira ce but à l'aide des deux moyens suivants :

1° Par une *attitude* convenable du membre empêchant les muscles extenseurs et supinateurs d'être sans cesse fatigués et tiraillés par la prédominance d'action des fléchisseurs et des pronateurs. La position doit jouer ici un rôle important; car on sait, par exemple, que si un muscle sain et animé par un nerf sain est soumis à une distension prolongée, il s'altère et cesse de jouir de ses fonctions.

2° Par l'*excitation* et la *contraction musculaire artificielle* à l'aide de la faradisation. Nous n'ignorons pas, en effet, combien un muscle, privé d'excitation pendant longtemps, est sujet à l'atrophie, même s'il est en communication avec ses nerfs; et, d'autre part, l'expérience nous apprend en physiologie qu'un muscle, séparé de son nerf moteur, peut conserver sa contractilité fort longtemps, même presque indéfiniment, si on a le soin, à l'aide d'une pile électrique, de ne pas le laisser manquer d'une excitation fréquemment répétée.

Si ce double traitement mécanique d'une part, physiologique de l'autre, échoue, et que le laps de temps écoulé depuis l'accident ne laisse plus d'espoir pour la possibilité d'une régénération nerveuse, il ne restera plus alors au malade que la ressource d'un appareil prothétique élastique placé sur la face dorsale de l'avant-bras et de la main, qui remplacera l'inertie des muscles correspondant à cette région, permettra à la main de se relever en extension, et par conséquent favorisera le jeu des muscles fléchisseurs, et par suite la préhension des objets.

§ III. Écrasement de la main. — Écrasement des phalanges; production cornée simulant des ongles. — *A.* Un homme d'une quarantaine d'années est entré tout récemment à la salle Saint-Louis de la Pitié, pour une de ces blessures que l'on observe souvent chez les ouvriers imprudents qui travaillent dans les ateliers où la vapeur s'emploie comme force motrice. Sa main gauche, voulant retenir un morceau de fer, se trouva prise entre le tréteau et la meule, et fut écrasée. Voici les principales lésions qu'elle présente : Le petit doigt et le pouce sont intacts; l'annulaire a été complétement arraché; le médius, quoique existant encore, a été broyé et est le siége d'une mortification qui va bientôt le faire disparaître en totalité; quant à l'index, il n'est pas, par bonheur, aussi fortement atteint que les deux doigts précédents; son métacarpien a bien été fracturé, et il existe à ce niveau, sur la face dorsale de la main, une plaie mâchée très-étendue, à surface

irrégulière, où l'on voit des débris de tendons et quelques esquilles; la première phalange du même doigt a également été écrasée; mais les téguments de la plus grande partie de cet indicateur sont intacts et ont conservé une sensibilité parfaite.

Fidèle à ce principe qui est entré maintenant dans le domaine de la thérapeutique chirurgicale, à savoir : que le praticien ne doit plus amputer les phalanges écrasées, ni régulariser ces plaies, M. Verneuil s'est décidé à employer l'expectation et l'irrigation continue. C'est à Velpeau, mais surtout à Denonvilliers, que l'on doit d'avoir établi comme précepte, en pareil cas, de ne pas recourir à la chirurgie active employée par les Boyer, les Roux, les Lisfranc, qui, sous prétexte de restaurer des plaies dont l'aspect n'est guère flatteur, il est vrai, substituaient des amputations qui faisaient courir aux malades un danger beaucoup plus grand que la lésion elle-même. C'est là un fait acquis maintenant à la science, et tout chirurgien raisonnable ne doit plus s'écarter de cette règle de conduite. Comme le dit très-justement M. Bouglé dans les considérations intéressantes qu'il a émises sur les écrasements des doigts et des orteils (Thèse inaugurale, 1863), le reproche le plus grave qui puisse être fait à la chirurgie active, en pareille circonstance, est de retrancher des portions de doigts qui, une fois conservées, rendent encore de grands services aux ouvriers qui ont été victimes de ces blessures.

Ces considérations s'appliquent au plus haut degré à notre malade de la Pitié, chez lequel la conservation du pouce et d'un index, un peu défectueux, il est vrai, laissera une pince dont ce garçon tirera certainement un grand profit.

Afin de perfectionner le plus possible cette pince naturelle, c'est-à-dire d'empêcher l'indicateur de rester roide, ce qui ne manquerait pas d'arriver par suite de la rétraction cicatricielle qui aurait lieu au niveau de la plaie dorsale de la main, M. Verneuil compte avoir recours, comme il le fait en pareille circonstance, à la chirurgie restauratrice; voici comment il agira : Il prendra tout ce qu'il pourra trouver de peau sur le bord interne du deuxième métacarpien et sur la première phalange du premier doigt; il empiétera même sur la commissure de la face palmaire, et, transplantant ce lambeau sur la plaie de la face dorsale de la main, il évitera la roideur de l'index, qui, légèrement attiré du côté de la face palmaire par la cicatrice produite par le chirurgien, répondra plus facilement à l'opposition du pouce.

B. Nous avons également eu l'occasion de voir, dans le même service, un homme dont la troisième phalange de l'annulaire et celle du médius avaient été écrasées; la guérison était complète. Un fait d'observation assez curieux chez ce malade est que chacune des cicatrices de l'extrémité digitale présentait un corps dur, une *substance cornée* qu'on pourrait, par une analogie un peu complaisante, comparer à un ongle de nouvelle formation qui se serait développé malgré l'absence totale

de matrice, et par le travail lui-même de cicatrisation ayant donné lieu à une portion épidermique plus épaisse que dans les autres endroits. Cette production ne rappelle, du reste, en rien l'aspect et la configuration de l'ongle naturel.

§. IV. Plaie de la région plantaire a la suite de la contusion de la face dorsale du pied. — Une plaie de la région plantaire, que nous avons observée chez un déménageur de 41 ans, nous a paru intéressante à mentionner ici, en raison du *mécanisme* qui en a été la cause déterminante, et au point de vue du pronostic que le chirurgien doit porter en pareille occurrence.

Un coffre-fort que cet homme descendait lui tombe sur le bout du pied, et fait plusieurs solutions de continuité aux deux premiers orteils ; le plus gros a deux ou trois plaies pour sa part. Il en existe en outre une sur la face dorsale, et enfin une dernière *au niveau de la plante du pied*, quoique le corps contondant n'ait porté que sur la première de ces deux régions.

Comment expliquer cette lésion plantaire? M. Gosselin le fait de deux façons : d'abord, par la pression directe sur le sol, mais surtout par le mécanisme de l'arrachement, ou plutôt par la distension exagérée de la peau. Par suite de l'aplatissement du pied et du tiraillement auquel donne lieu l'extension forcée d'orteils demeurés bien souvent fléchis, la peau de cette face plantaire se déchire. Quelle que soit l'explication adoptée, il n'en est pas moins vrai que ces lésions plantaires sont fréquentes à la suite d'une simple contusion de la face dorsale, et que même parfois, comme cela a lieu chez notre malade, elles sont très-profondes.

Dans de semblables blessures, le pronostic est un point fort délicat, sur lequel le professeur de la Charité a appelé l'attention des élèves. On sait, en effet, que bien souvent ces plaies contuses sont suivies de mortifications limitées des phalanges; mais, avant de se prononcer d'une façon catégorique, il faut attendre au moins quatre ou cinq jours à partir du moment de l'accident, et ne conclure jusque-là qu'à l'incertitude, quand bien même le pied, comme ici, ne présente ni refroidissement ni altération de la sensibilité au niveau des orteils. Si la gangrène survient en pareil cas, elle est le plus souvent partielle, et c'est aux dépens de quelques portions de peau qu'elle se produit. Quoi qu'il en soit, tout en traitant cette plaie par les émollients, le chirurgien ne doit pas perdre de vue que l'indication thérapeutique est d'éviter toute compression sur cette partie du membre inférieur, de peur de favoriser l'apparition des escharres.

IX

Sarcome mélanique récidivant de la caroncule droite (Encanthis maligne mélanique). Cinquièm récidive. Extirpation du globe oculaire.

Warthon Jones (*Traité prat. des maladies des yeux*) s'exprime ainsi : « *Quelqu auteurs parlent du cancer primitif de la caroncule lacrymale, mais ces cas n'existen pas ou bien sont extrêmement rares.* »

D'autre part, Lebert (*Traité pratique des maladies et des affections curables con fondues avec le cancer*) dit en parlant des *tumeurs mélaniques de l'œil* qui on déjà subi une intervention chirurgicale : « *Quelques jours après l'opération, la con jonctive a presque repris son aspect normal; mais qu'on ne s'y trompe pas, l triomphe du chirurgien optimiste ne sera pas de longue durée. Au bout de peu d mois, d'autres tumeurs reparaîtront, que l'on enlèvera encore, et puis il arrivera u moment où la rapidité du développement du cancer mélané se jouera de toutes le tentatives de la chirurgie.* »

Cette dernière proposition nous paraît être d'une vérité incontestable, et nous en voyons une application évidente dans un cas fort intéressant d'encanthis de form maligne, que nous venons d'observer récemment à l'Hôtel-Dieu, dans le service d M. Richet, et pour laquelle ce professeur, dans le but de faire une opération radi cale, a jugé à propos d'en venir à l'extirpation du globe oculaire.

Il s'agit d'un homme de 31 ans, veilleur sur la ligne du chemin de fer d'Orléans et qui attribue, à tort ou à raison, le début de son affection oculaire à une petit circonstance qui, si elle n'a pas eu une influence directe sur le développement d sa maladie, n'en est pas moins assez singulière pour pouvoir trouver mention ici : cet homme, en effet, pour se maintenir éveillé, comme son métier l'exige, avait l'habitude de s'introduire dans l'œil droit quelques grains de tabac à priser ou plu- sieurs gouttes de son urine, ce qui le piquait assez fortement, dit-il, pour l'empê- cher de s'endormir.

Il y a environ cinq ans, sans autre cause invoquée par ce garçon, il sentit et vit se développer au niveau du grand angle de l'œil droit une toute petite *tumeur*, dont le volume atteignait à peine celui d'une lentille et qui, sans déterminer aucune douleur, n'en gênait pas moins sensiblement le jeu des paupières. Cette gêne l'en- gagea à consulter M. Herpin, qui lui en pratiqua l'ablation.

La cicatrisation fut prompte, mais quelques mois après le malade se représenta de nouveau au même chirurgien, qui lui fit une seconde opération. Cette fois la

tumeur était plus grosse qu'un pois, et une seconde récidive ne se fit pas longtemps attendre, puisqu'en 1870, M. Herpin, de Tours, lui pratiqua une troisième extirpation, qui eut pour but de lui enlever et la tumeur, qui cette fois avait le volume d'une bille, et une portion de la paupière inférieure, qui avait été envahie par le produit morbide. Nouvelle récidive et quatrième. opération six mois après.

Voyant le mal reparaître pour la quatrième fois, ce garçon se décida à venir à Paris, où M. le Dr Gallard le fit entrer dans le service de M. L. Labbé, à l'hôpital de la Pitié. Une opération fut pratiquée au mois de décembre 1872. La cicatrisation suivit, mais quelques semaines plus tard le malade constata une nouvelle induration plus rapide encore, et c'est pour une cinquième récidive que nous le voyons entrer aujourd'hui à l'Hôtel-Dieu, et réclamer une sixième opération.

La parfaite constitution de cet homme et sa musculature irréprochable sont loin d'annoncer chez lui une affection diathésique : il en est de même des ses antécédents héréditaires qui sont excellents. Nous pouvons donc au point de vue du diagnostic établir déjà, sans crainte, que la maladie qu'il porte est tout à fait locale et n'a aucun retentissement dans l'économie tout entière : la marche d'un produit morbide qui a récidivé cinq fois sur place sans qu'on puisse constater aucune altération générale le prouve, du reste aussi, d'une façon péremptoire. Quels sont les phénomènes locaux que nous avons constatés nous-même chez cet homme avant l'opération dont il a été l'objet?

La fente palpébrale droite est singulièrement rétrécie et ce blépharo-phimosis est encore augmenté par une contraction continuelle du muscle orbiculaire et de tous ceux du côté droit de la face. Le palper fait reconnaître immédiatement une *tumeur* ou plutôt une *masse indurée*, bosselée, ayant une certaine élasticité appréciable à travers la paupière inférieure, sur laquelle se remarque une petite cicatrice verticale au niveau de la partie moyenne, mais dont les téguments amincis n'ont pas été envahis en totalité dans leur épaisseur et ne présentent aucune ulcération. Le coloration de la peau de cette paupière n'offre rien d'anormal, cependant un œil attentif découvre au-dessous d'elle un pointillé noir que la pression est impuissante à faire disparaître, et qui par là ne peut-être attribué à l'accumulation du liquide sanguin dans l'intérieur des veines.

Cette induration pathologique qui occupe, d'une part, tout le rebord inférieur de l'orbite, s'étend depuis le sac lacrymal ou la caroncule, dont il n'existe plus trace, jusqu'à l'apophyse orbitaire externe. Si nous voulons nous rendre compte, d'autre part, des limites profondes de la tumeur, nous abaissons le plus fortement possible la paupière inférieure et nous constatons un boursouflement rouge et dur de la conjonctive palpébrale, nous prouvant que le mal a envahi le tissu cellulaire de l'orbitre dans sa partie inférieure où il adhère au bulbe oculaire. Le globe de l'œil est sain, ses milieux sont transparents et n'offrent aucune altération, le malade lit même

des lettres d'imprimerie : un stylet peut parcourir facilement tout le repli oculo-pa pébral supérieur de la conjonctive sans rencontrer d'adhérence, mais pourtant (globe oculaire est immobile, *ankylosé*, suivant l'heureuse expression employ(par le professeur de l'Hôtel-Dieu, et cette immobilité est due à l'espèce de cupu pathologique dans laquelle il est enchâssé et à laquelle il adhère par sa fa(inférieure.

Si le produit morbide a envahi le tissu conjonctif inférieur de l'orbite, il r paraît pas, d'après les données fournies par l'exploration précédente, avoir fa encore le tour de cette cavité, puisque la paupière supérieure est saine ainsi qu tous les tissus recouverts par elle : il n'en est pas probablement de même de l'a cade orbitaire inférieure, d'un des os propres du nez, peut-être de l'os unguis, ave le périoste desquels au moins la tumeur affecte des adhérences multiples

Quel a été le point de départ de la maladie ?

Quelle est la classe dans laquelle on doit la ranger?

Les limites qu'elle a aujourd'hui sont-elles de nature à faire espérer une extirpa tion complète?

Et la possibilité d'une opération étant admise, comment doit-on s'y prendre pou éviter à ce malade une nouvelle chance de récidive ?

Tels sont les points principaux que M. le professeur Richet a cherché à élucide

1° Le malade affirme nettement que le début de la tumeur a eu lieu au niveau d grand angle de l'œil. D'autre part, en raison de ce fait, que même à l'heure actuell la peau de la paupière inférieure n'est pas atteinte, mais qu'au contraire, la conjonc tive est envahie dans une large étendue par le produit morbide, on peut admettr que le point de départ a eu lieu soit dans cette conjonctive, soit plus particulière ment dans la *caroncule lacrymale*, et j'ajouterai, peut-être dans le sac lacry mal lui-même. L'affirmation, à ce sujet, est difficile, mais, à notre avis, a moin une valeur réelle qu'un intérêt de pure curiosité. Quoi qu'il en soit, il est très rationnel d'admettre qu'un organe, comme la caroncule, composé d'une multitud de petites glandules, puisse être le point de départ de néoplasmes analogues à ceu qui se développent aux dépens des élémens sécrétoires des lèvres, du nez, des pau pières, de la glande lacrymale, etc. L'année dernière, à l'hôpital des Cliniques M. Richet opérait un épithélioma des glandes d'un cul-de-sac conjonctival.

2° Mais en supposant que la tumeur se soit primitivement formée dans la caron cule lacrymale, elle n'y est pas restée confinée malheureusement, pour le malade, e cette tendance à l'envahissement, même local, ne laisse presque aucun doute pou affirmer, quant au *diagnostic*, la nature plus ou moins maligne du produit morbid Les six opérations dont ce dernier a été l'objet ne l'ont pas empêché de s'infiltre encore au loin, de se propager à toute la partie inférieure de la conjonctive, d s'approprier le tissu lamineux orbitaire, d'envahir le périoste et d'arriver jusqu'au

os, absolument comme l'épithélioma labial s'attache à un maxillaire et en nécessite la résection.

Avant de procéder à l'opération, en raison de la longue durée de la maladie, qui n'avait pourtant déterminé qu'un envahissement local, M. Richet s'arrêta donc, non pas à l'idée d'un cancer proprement dit, mais à celle d'un néoplasme, d'un cancroïde ou *cancer externe*, c'est-à-dire d'une tumeur de mauvaise nature procédant de l'extérieur pour se propager au dedans. Un fait adjuvant, mais d'une importance secondaire, il est vrai, se trouvait dans la présence, chez ce malade, de productions épidermiques multiples (verrues) notamment sur le dos de la main droite.

La localisation du produit morbide dans la conjonctive bulbo-palpébrale d'une part, et d'autre part, cette disposition finement pigmentée que nous avons mentionnée plus haut, devaient faire penser à la possibilité d'une tumeur mélanique. A ce point de vue, du reste, pour vous tirer d'embarras, le malade était très-explicite, car il affirmait que M. Herpin avait écrit, sur une feuille de consultation égarée par lui, la dénomination de tumeur mélanique. Avions-nous, en ce cas, affaire à un sarcome ou à un carcinome proprement dit? C'était là un côté du diagnostic qui devait nous être révélé par l'étude histologique de la tumeur faite après son extirpation. Tout ce que nous pouvions prévoir, c'est que, si elle existait, la mélanose devait se trouver à l'état diffus, ce qui coïncide avec l'extension, l'infiltration du produit morbide et augmente de beaucoup la gravité du pronostic.

3° Les considérations cliniques précédentes montrent donc que, malgré l'envahissement local de la région orbitaire par la tumeur, l'œil n'a pas été atteint au moins dans sa profondeur et que l'économie entière est restée indemne. Si nous ajoutons qu'aucun retentissement du mal ne s'est manifesté ni du côté des ganglions lymphatiques, ni du côté des sinus maxillaire et frontal, ni du côté de la fosse nasale correspondante (la narine est libre, il n'y a pas eu d'écoulement sanguin ou purulent), on est en droit de supposer que le néoplasme n'a pas dépassé ou du moins a dépassé fort peu les portions adjacentes du squelette et que ses limites sont encore accessibles à l'instrument tranchant. Les nombreuses opérations que le malade avait subies jusqu'à présent n'ayant été, en quelque sorte, que palliatives, M. Richet se décida à tenter le 8 février une extirpation radicale, dans laquelle serait compris le globe oculaire entier.

J'avoue bien volontiers que le sacrifice d'un œil, surtout lorsque la vision n'y est pas troublée d'une façon notable, ne serait accepté, surtout dans la clientèle de la ville, qu'avec les plus grandes difficultés : mais cependant ici cette indication était tout à fait démontrée par l'examen clinique du malade et devait se trouver entièrement justifiée plus tard par l'étude en mains de la pièce pathologique.

Voici comment procéda le chirurgien : Le chloroforme n'est administré qu'au

début de l'opération. Ce garçon, du reste, aussi courageux que robuste, avait supporté toutes les ablations antérieures sans jamais avoir été endormi.

Le premier temps consista à tailler un lambeau, comprenant toute la paupière supérieure saine, par deux incisions verticales et parallèles, situées chacune à une des extrémités de cette paupière. Dans un second temps, le bistouri, par une incision côtoyant le rebord orbitaire inférieur, depuis l'angle interne jusqu'à l'externe comprit toutes les parties molles de la paupière inférieure en rapport avec la tumeur. Le chirurgien disséqua alors en bas cette dernière en râclant les os : l'arcade orbitaire n'était pas atteinte, mais il n'en était pas de même de l'os propre du nez et de l'unguis qui furent ruginés. En haut, l'absence totale d'adhérences permit d'énucléer facilement l'œil. Un dernier temps consista à plonger les ciseaux au fond de l'orbite et à sectionner le nerf optique. Le sac lacrymal ouvert largement laissa voir un petit prolongement dans son intérieur, une flèche de pâte de Canquoin y fut immédiatement enfoncée, plusieurs points suspects de la cavité orbitaire furent cautérisés avec le chlorure de zinc liquide et une boulette de charpie imprégnée de ce dernier caustique, fut laissée à demeure dans la cavité osseuse. Le malade avait perdu très-peu de sang.

Nous avons revu l'opéré au bout de quarante-huit heures. Son état général était bon, il n'accusait que peu de douleurs. On se contenta alors de retirer la pâte de chlorure de zinc introduite dans le canal nasal et de faire des injections d'eau dans l'orbite dont la coloration noire était due à l'action du caustique; les tissus, tout autour, étaient le siége du léger œdème subinflammatoire qui est toujours le résultat des cautérisations. Au bout d'un mois, le malade allait bien et n'avait présenté aucun accident.

Un mot maintenant sur l'examen du produit morbide : la tumeur se composait de deux lobes principaux, l'un plus petit situé en dehors, l'autre plus volumineux appliqué sur le sac lacrymal. A la coupe on constate un tissu, d'apparence *charnu* *homogène*, d'autant plus *grisâtre* qu'on se rapproche de la partie externe. Ce tissu englobe entièrement le bulbe oculaire dans sa partie inférieure et adhère intimement à la sclérotique, sans cependant dépasser cette membrane en profondeur, si bien que, si on avait voulu disséquer le néoplasme du globe de l'œil, on serait infailliblement entré dans son intérieur. Cette circonstance légitime donc suffisamment l'extirpation totale qui a été pratiquée chez cet homme.

Quant à l'étude histologique de la tumeur, voici ce qu'elle nous a révélé : Dans un stroma de tissu conjonctif extrêmement fin et clair-semé, on trouve une très-grande quantité de *grosses cellules* parfaitement arrondies, à noyaux, et des granulations nombreuses très-serrées et brunâtres. Cette masse végétante de cellules l'emporte de beaucoup sur le stroma conjonctif. Dans le tissu du lobe externe, dont la couleur était plus foncée, nous avons rencontré au milieu des interstices que laissent ent

eux les différents groupes des cellules précédentes, mais non dans leur intérieur, des granulations noires constituant une espèce de poussière dont quelques grains agglomérés donnent, en certains points, des masses d'un volume un peu plus considérable. La présence de ce pigment, que nous rapportons à la mélanose, ne nous a laissé aucun doute, et je m'étonne qu'elle n'ait point été constatée par un jeune histologiste distingué de notre école. Ce dernier pense, cependant, que les granulations brunâtres qui remplissent les grosses cellules pourraient bien être de la mélanose commençante.

Quoi qu'il en soit, ce néoplasme que l'histologie nous permet de dénommer sarcome ou plutôt *cancer* à *cellules globuleuses* avec *pigmentation diffuse*, est une tumeur maligne, ayant grande tendance à la récidive, et pour laquelle (si on se décidait à opérer) une extirpation aussi radicale que possible était tout à fait indispensable ; c'est là, je crois, le point capital pour lequel le microscope et l'examen clinique ont été parfaitement d'accord. La pigmentation enfin, quelque minime qu'elle soit, ajoute encore à la gravité du pronostic et nous reporte naturellement à la citation que nous avons faite au commencement de cet article : « *Qu'on ne s'y trompe pas, le triomphe du chirurgien ne sera pas de longue durée : au bout de peu de mois, d'autres tumeurs reparaîtront, que l'on enlèvera encore, et puis il arrivera un moment où la rapidité du développement du cancer mélané se jouera de toutes les tentatives de la chirurgie.* »

X

Sommaire. — Deux nouveaux cas de sarcome mélané du globe oculaire. — De la valeur des cautérisations répétées dans le traitement de la fistule lacrymale. — Coloboma des deux paupières supérieures.

§ I. *Sarcôme mélané récidivant de la conjonctive bulbaire.* — Nous avons rapporté dans notre dernière revue clinique (Union Médicale, nº 34) un cas de sarcome mélanique ayant débuté par la caroncule lacrymale et la conjonctive. Par une de ces coïncidences qui se rencontrent assez fréquemment dans les hôpitaux, deux nouveaux exemples de sarcome de même nature se sont présentés à nous, l'un à l'Hôtel-Dieu, le second à la Charité, chez un homme d'une cinquantaine d'années qui a été opéré le mardi-gras par M. Gosselin.

Dans ce dernier cas, la *tumeur trilobée*, d'une coloration légèrement brunâtre, développée dans le tissu lamineux sous-conjonctival du bulbe oculaire, laissait voir à sa surface la couche épithéliale de la conjonctive : en dedans elle se prolongeait en partie sur la circonférence cornéenne où on retrouvait une injection assez prononcée ; à son côté externe existait une petite bride cicatricielle qui limitait dans ce sens les mouvements de l'œil, et qui était le résultat des ablations antérieures dont le produit morbide avait été l'objet. La rapidité dans le développement du néoplasme et sa résistance au traitement ne pouvaient laisser aucun doute sur une malignité au moins relative. Tendance à la récidive si elle est enlevée; grande chance de s'étendre, de repulluler et de s'ulcérer sans espoir de guérison spontanée, tel est le propre de cette espèce de tumeur dont la dénomination de *sarcome* renferme en elle l'idée d'une production un peu moins maligne parce que ce produit se contente généralement de renaître sur place, ne se généralise pas aussi vite que le carcinome et envahit d'une façon moins rapide les ganglions et les viscères.

Cette distinction clinique a certainement une grande importance, car elle nous autorise, dans le cas de repullulation, à renouveler les opérations, mais dans des limites raisonnables, autant de fois que le mal se reproduit. Chez ce malade, il était nécessaire de se hâter d'opérer, afin d'éviter, pour le moment au moins, un envahissement du globe oculaire dans sa profondeur : toutefois, les brides cicatricielles, qui sont toujours la suite indispensable de ces ablations répétées, pourraient bien finir par entraver les usages de l'appareil de la vision.

L'étude histologique de cette tumeur a permis de constater, comme éléments figurés, une quantité considérable de *cellules embryonnaires* et de *cellules fusiformes* qui, mélangées à une petite proportion du tissu conjonctif, rappellent le *sarcome*

fasciculé. Toutes ces cellules étaient infiltrées de *granulations pigmentaires*. Cette pigmentation mélanique, quoique étant le fait le plus habituel des cancers de l'œil, nous semblerait avoir une certaine importance et jouer un rôle dans la grande facilité avec laquelle se propage et se reproduit le néoplasme; cependant le professeur de la Charité ne croirait pas que sa présence dût ajouter d'une façon nécessaire à la gravité du pronostic.

§ II. *Sarcome mélané du bulbe oculaire gauche; extirpation du globe de l'œil.* — L'autre malade, couché dans le service de M. Richet, est un homme de 36 ans, présentant une *tumeur* grosse comme une petite noix, rouge, et faisant saillie à l'extérieur à travers l'orifice palpébral. Le mal, nous dit cet homme, a débuté il y a dix-huit mois environ par une douleur intra-oculaire brusque, instantanée, et si vive, qu'il emploie pour la dépeindre la comparaison de *coup de fusil dans l'œil*. Depuis ce moment, les souffrances ont continué, les fonctions de l'organe de la vision se sont peu à peu éteintes, et le malade a vu, au bout de quelques mois, apparaître au niveau de la face conjonctivale de la paupière inférieure une bosselure qui a été en grossissant et a donné issue de temps à autre à quelques gouttes de sang. Malgré ce point d'apparition accusé par le malade, ce n'est que consécutivement que la tumeur a soulevé la conjonctive palpébrale; si elle était née dans le tissu conjonctif péri ou rétro-oculaire, elle aurait très-probablement déterminé une exophthalmie qui ici fait entièrement défaut; bien au contraire, si on soulève fortement la paupière supérieure, on aperçoit, mais d'une façon bien incomplète, un globe oculaire atrophié et refoulé vers la partie supéro-externe de l'orbite (rétrophthalmie). Toute la partie supérieure de ce bulbe ne semble pas atteinte, on y constate la coloration normale de la sclérotique; mais il n'en est plus de même de la zone inférieure avec laquelle le produit morbide paraît se confondre; nous trouvons, du reste, une preuve manifeste de cette fusion intime dans les *mouvements spontanés* dont jouit la tumeur lorsque les deux globes oculaires se déplacent symétriquement dans leurs cavités. Presque uniformément rouge, elle offre au centre une coloration brunâtre dans un point qui est un peu plus aminci; en haut et tout près de la cornée, qui est aplatie et opaque, elle présente deux ou trois petites plaques arrondies, un peu saillantes et franchement noires. Si, par la pression, on l'examine lorsqu'elle est tendue, principalement quand le malade ferme les paupières sur cette saillie, elle fournit une sensation douce, humide, dans la plus grande partie de son étendue, et si fluctuante que tout d'abord elle donne l'idée d'un kyste intra-orbitaire. Un examen attentif y laisse découvrir des parties plus solides, des noyaux durs, ce qui reporte immédiatement la pensée vers une tumeur composée, indolente et non réductible; elle n'est le siége d'aucun battement.

Dans sa clinique, M. Richet, discutant l'origine de ce néoplasme, s'est demandé

s'il avait été primitivement *intra-oculaire*, *sous-conjonctival* ou *sclérotical*, et s'es arrêté à cette dernière manière de voir. Pour le professeur de l'Hôtel-Dieu qui, au point de vue du diagnostic différentiel, avait immédiatement rejeté l'idée d'un staphylome en grappe, on avait affaire ici à un *cancer mélanique* ayant pris naissanc dans le tissu fibreux de la coque oculaire, de la même façon que certaines tumeur malignes de la verge ou du testicule ont leur siége primordial dans l'enveloppe de corps caverneux et la tunique albuginée. La présence d'un petit ganglion parotidien non induré ne fut pas jugée de nature à contre-indiquer formellement l'opération dans laquelle, du reste, on ne pouvait espérer conserver le segment postérieur du globe oculaire. Elle devait consister dans l'ablation de la tumeur et du bulbe de l'œil par la méthode de Bonnet, de Lyon; c'est ce qui fut fait sans difficulté sérieuse.

Examen histologique. La tumeur, qui ne présente aucune adhérence avec les tissus de la paupière inférieure, se trouve appendue à la sclérotique et à la partie inférieure de la cornée : elle est rouge, pulpeuse en certains endroits, plus dure en d'autres, presque partout grenue; une coupe, passant à la fois par le globe oculaire et le produit morbide, fait voir, sauf pour la sclérotique, une désorganisation complète des membranes internes de l'œil; la rétine a disparu, et, à la place de la choroïde, on trouve une bouillie fortement colorée en noir qui constitue une portion intra-oculaire beaucoup plus petite que le segment extérieur. Le microscope nous a montré, au milieu d'un stroma fibroïde peu abondant, des éléments figurés arrondis et de petite dimension, quelques-uns fusiformes (*Sarcome à petites cellules* ayant pris naissance probablement dans la choroïde). Au milieu de ces éléments existe une grande quantité de *matière pigmentée* noire ou sépia, enfin une proportion notable de *cristaux de cholestérine.*

§ III. *De la valeur des cautérisations répétées dans le traitement de la fistule lacrymale.* — Le traitement de la fistule lacrymale a toujours été et est encore à l'heure actuelle une source d'embarras bien grand pour le praticien ; la preuve en est, du reste, dans la multiplicité des procédés employés depuis longtemps et suivis d'insuccès fréquents, ce qui oblige à les modifier à l'infini.

M. Gosselin a cherché à établir, dans une de ses dernières cliniques, la manière dont guérit le plus habituellement la fistule lacrymale, et en a déduit une indication qui, pour lui, est presque une règle générale, à savoir : *supprimer la suppuration du sac, en remplaçant par une membrane cicatricielle la muqueuse altérée de ce conduit ;* pour arriver à ce résultat, il préconise la *cautérisation* avec le beurre d'antimoine.

Le professeur de la Charité part de ce principe, qu'il est extrêmement rare de voir guérir une fistule lacrymale avec conservation de la perméabilité du canal. La

guérison coïncide, au contraire, le plus généralement avec une oblitération complète. Avant J.-L. Petit, c'est-à-dire à l'époque où la physiologie du cours des larmes était inconnue, des fistules lacrymales étaient certainement observées et des succès étaient obtenus par la cautérisation; Celse, Galien en font témoignage.

Après la découverte de la glande lacrymale, et après la théorie du siphon proposée par J.-L. Petit pour expliquer le cours des larmes, presque tous les chirurgiens ont cru (et la chose devait paraître très-logique au premier abord) que, dans les tumeurs et fistules de cette espèce, le mal était entretenu par l'oblitération du canal lacrymo-nasal : *désobstruer pour guérir*, tel était le principe des chirurgiens de cette époque, et tel est même encore le but fort problématique que se proposent plusieurs praticiens modernes en employant le séton de Méjean, le cathétérisme de bas en haut de Laforest, le clou de Scarpa, la canule à demeure de Dupuytren et de Foubert; quant à Bowman, il fend le conduit lacrymal et dilate à l'aide d'un cathéter métallique.

Si juste que puisse paraître cette indication, dit le professeur de la Charité, il faut, d'après les nombreux faits cliniques connus, renoncer à croire que la guérison s'effectue toujours parce que le conduit est redevenu perméable. En effet, chez un grand nombre de malades où la dilatation a été suivie de succès, la désobstruction ne persiste pas, le canal se rétrécit de nouveau, ce que prouve l'impossibilité de faire cheminer une injection dans les voies lacrymales; mais la guérison n'en a pas moins lieu d'une façon générale. Lorsqu'un sac lacrymal s'est rétréci et obstrué, il se rétrécit et s'obstrue toujours : c'est un résultat, du reste, qu'avaient bien compris Foubert et Dupuytren, bien qu'ils en aient déduit une application un peu erronée, en préconisant la dilatation permanente à l'aide d'une canule; de plus, cette dernière, laissée à demeure pendant deux, trois ou quatre mois, pouvait, par sa présence, entretenir une inflammation plus ou moins vive; parfois elle tombait dans les fosses nasales et était avalée par le malade. Pour prévenir ce dernier accident et maintenir le corps dilatant en place, M. Richet a fait construire un clou, dont l'extrémité supérieure, terminée par une petite boule à jour, s'oppose à sa descente.

Quoi qu'il en soit, si nous revenons à l'opinion de M. Gosselin, nous ne devons plus adopter cette idée que l'*indication à remplir dans le traitement de la fistule lacrymale est de désobstruer le canal*. Ce qui est le point capital, au contraire, est de chercher, soit à modifier la muqueuse par des injections et à y provoquer une inflammation substitutive, si on a affaire à un simple *catarrhe du sac*, soit plutôt à en *favoriser l'obstruction*, c'est-à-dire à revenir à la *cautérisation* remise en vigueur par L. Nannoni, puis érigée en méthode par Delpech. On ne manquera pas d'objecter, certainement, que ce dernier procédé peut empêcher le rétablissement normal du cours des larmes et laisser persister l'épiphora; mais un fait qui ne semble pas

avoir été suffisamment mis en lumière jusqu'à présent, c'est que le *larmoiem[ent] persiste toujours chez les sujets guéris par la dilatation*, surtout lorsqu'ils s'expose[nt] au froid et au vent. Cette persistance du larmoiement, jointe à l'imperméabilité d[es] conduits aux injections chez ces mêmes sujets, constituerait déjà deux preuv[es] suffisantes pour admettre chez eux l'obstruction permanente du canal lacrymal.

Il ne faut pas croire, toutefois, que les malades atteints de tumeur et fistu[le] lacrymales ont de l'épiphora, pour cette seule raison que les larmes ne s'écoule[nt] plus dans la fosse nasale. La *sécrétion exagérée* des larmes joue, dans ce derni[er] cas, un rôle bien autrement puissant, et cette *sécrétion*, dite *pathologique*, est [le] résultat, par voie réflexe, de l'irritation de la muqueuse palpébrale, causée et entre[-]tenue elle-même par les liquides inflammatoires provenant du sac. Modifiez, e[n] effet, cette hypérémie de la conjonctive en modifiant l'inflammation du sac, et vo[us] agirez de façon à atténuer la sécrétion des larmes. Pour expliquer cette manière d[e] voir, on doit se reporter, avec M. Gosselin, à la physiologie de l'appareil lacryma[l]. Ce professeur admet, en effet, qu'à l'état normal, lorsqu'il n'existe aucune irritatio[n] préalable, la sécrétion des larmes n'a lieu qu'en quantité très-minime, et que l[a] surface conjonctivale suffit à leur évaporation; il n'y a, selon lui, que l'*excès de larmes* déterminé, par exemple, par le froid, l'humidité, le vent, etc., qui tombe e[t] chemine dans le canal lacrymo-nasal. Telles sont aussi les causes qui, chez le[s] sujets guéris de fistule, déterminent l'épiphora.

Ces considérations nous amènent à conclure que c'est en modifiant, comme l[e] veut M. Fano, ou en supprimant la cause primitive, c'est-à-dire l'inflammation sup[-]purative du sac, qu'on peut espérer voir le larmoiement diminuer et la guériso[n] s'établir, sans se préoccuper si cette dernière est suivie de la perméabilité ou d[e] l'obstruction permanente du sac; les observations anatomiques manquent, du reste, au clinicien, pour se former à cet égard une opinion bien tranchée.

Pour détruire cette membrane muqueuse du sac, ou au moins pour la remplacer par une surface moins sécrétante et très-probablement de nature cicatricielle, c'est à la cautérisation que l'on doit s'adresser. M. Desmarres emploie le fer rouge. Follin faisait usage du chlorure de zinc. M. Gosselin donne la préférence au beurre d'antimoine, dont Magne avait déjà fait usage en pareille circonstance. (*De la cure radicale de la tumeur et de la fistule du sac lacrymal*, par le docteur Magne; UNION MÉDICALE, 3 février 1857.) Voici comment procède le professeur de la Charité :

Après avoir fait une ouverture assez large, et il ne craint pas, en ce cas, de diviser le tendon direct de l'orbiculaire (la cicatrice ultérieure, peu étendue, n'étant le siége d'aucune difformité), il introduit un petit spéculum qui lui permet de conduire au milieu du sac lacrymal un pinceau trempé dans le beurre d'antimoine; comme le sang, en s'écoulant, entraîne presque toujours avec lui une portion du caustique, ce qui n'est peut-être pas assez connu des praticiens, si une escharc d'un

gris blanchâtre ne s'est pas formée le lendemain, il juge la première cautérisation insuffisante et en fait une seconde sans hésiter; son but est d'intéresser l'intérieur du sac et surtout l'embouchure des points lacrymaux. L'épaisseur de l'eschare est-elle encore jugée insuffisante les jours suivants, M. Gosselin revient à une troisième et même une quatrième cautérisation; généralement, deux cautérisations suffisent. Dès le troisième jour, comme nous en avons été témoin sur une jeune fille qui a été opérée par ce procédé à la Charité, l'eschare formée commence à s'éliminer et tombe bientôt, laissant à sa place une surface rouge, franchement granuleuse et sans aucune altération de l'os unguis, comme on serait tenté de le craindre. De petites boulettes de charpie en queue de cerf-volant sont alors introduites profondément dans la plaie, de manière à exciter l'intérieur du sac lacrymal, et à maintenir béante l'ouverture fistuleuse de la peau; on peut avoir recours aussi de temps à autre à l'introduction du crayon de nitrate d'argent. Peu à peu le chirurgien assiste au retrait de la cavité et à celui de l'orifice externe : ces deux phénomènes doivent marcher parallèlement, et, dès qu'on le juge à propos, on ne fait plus d'application intérieure et on abandonne les choses à elles-mêmes.

Chez la jeune malade que nous avons vu opérer de cette manière, l'occlusion n'était pas encore complète au bout de trois semaines, et une injection poussée par le canal lacrymal supérieur revenait encore un peu par l'inférieur, preuve que le sac lacrymal n'était pas complétement oblitéré. Du reste, ce que le chirurgien se propose en cette circonstance est moins d'oblitérer toujours le sac que d'obtenir une modification anatomique durable de la muqueuse qui le tapisse.

M. Gosselin a déjà appliqué, pour la fistule lacrymale, la *cautérisation répétée* un certain nombre de fois, et en a obtenu de bons résultats. Quand l'état granuleux du sac commence et qu'on voit se manifester un peu de tendance au retrait des parois, on peut fortement espérer une guérison; si cette dernière n'est pas complète, le chirurgien, loin de se décourager, doit recommencer de nouvelles cautérisations, et on peut être sûr d'obtenir à un moment donné une guérison aussi complète que possible, mais toujours avec apparition du larmoiement, quand les sujets s'exposent au froid ou au vent.

Le procédé qu'emploie M. Verneuil est à peu près analogue à celui que nous venons de décrire; c'est encore le beurre d'antimoine qu'il choisit pour caustique : un petit tuyau de plume lui permet d'introduire commodément au milieu du sac quelques gouttes du liquide, qu'il empêche de sortir en glissant par dessus une boulette de charpie ou de coton; en quelques heures, la cautérisation a lieu et les phénomènes ultérieurs se passent comme nous l'avons précédemment indiqué.

§ IV. *Coloboma des deux paupières supérieures.* — Nous venons d'observer à la consultation de l'Hôtel-Dieu, chez un petit Italien de 6 ans, un vice de conforma-

tion des deux paupières qui nous a paru très-rare, car il ne se trouve même pa mentionné dans nos auteurs classiques. Je veux parler d'une *fissure congénitale d. deux paupières supérieures,* comparable, jusqu'à un certain point, au bec de lièvı des lèvres.

On sait, en effet, qu'ordinairement, dans le vice tératologique auquel on donn le nom de *coloboma*, la fente occupe exclusivement l'une des paupières et peut-êtı un peu plus souvent l'inférieure; de plus, la division atteint parfois non-seulemeı le voile palpébral, mais l'iris, la choroïde et même la rétine. Dans l'exemple foı intéressant que nous avons eu un instant sous les yeux, la lésion était bornée au deux paupières. Chacune de ces fissures siégeait au niveau de la partie interne d la paupière, qu'elle intéressait dans toute son épaisseur; elle consistait en un *encoche* dont l'écartement, représentant à peu près 10 millimètres, était limité e. dedans et en dehors par deux tubercules où se voyait distinctement la continuité d la muqueuse et de la peau; sur le tubercule interne constituant le reste de la pau pière à ce niveau, on ne voyait ni cil ni point lacrymal supérieur à droite, mais . gauche l'existence à son niveau de deux petits poils pouvaient le faire regarde comme représentant en grande partie la caroncule lacrymale.

Ce coloboma qui est congénital et qui, en raison de sa symétrie parfaite, ne peu. pas être soupçonné d'être le résultat d'une maladie intra-utérine ; ce coloboma dis-je, reconnaît sans contredit pour cause un arrêt de développement d'une parti limitée de la face, et est dû plus spécialement à l'absence de soudure de la partie la plus interne de la fente branchiale supérieure.

M. Richet se proposait, pour corriger ce vice de conformation, d'aviver simplement les lèvres de chacune de ces deux solutions de continuité et d'en mainteniı l'adhésion à l'aide d'une suture.

XI

SOMMAIRE. — Mutilation de la face par la bouche d'un cheval. — Lipomes du cou et des lombes. — Hydrocèle suppurée.

1° *Arrachement du nez et de la lèvre supérieure par la bouche d'un cheval.* — Encore un cas de mutilation horrible à placer à côté de ceux que nous avons rapportés dans nos revues cliniques de l'UNION du 24 août 1872 et du 22 février 1873, et que nous venons d'observer à l'Hôtel-Dieu chez un garçon de 23 ans.

Il y a trois mois, un cheval se précipita sur lui et enleva d'un seul coup de dents tout le nez et toute la lèvre supérieure. Le médecin qui fut appelé sur-le-champ eut entre les mains les chairs arrachées et négligea de tenter au moins la réunion par réapplication immédiate. L'hémorrhagie n'avait pas été fort abondante, le malade resta à peine quelques semaines au lit sans fièvre traumatique intense, et la nature fut laissée maîtresse d'opérer la cicatrisation comme bon lui semblerait.

Aujourd'hui ce pauvre garçon porte une mutilation de la face horrible à voir. Toute la partie molle et cartilagineuse du nez a disparu, il ne reste qu'une portion de l'os propre du côté gauche; par cette large ouverture béante, on distingue facilement les cornets et tout l'intérieur des fosses nasales; de lèvre supérieure, il n'en existe plus trace, aussi les dents intactes sont-elles complétement à découvert, et la muqueuse gingivale exposée sans cesse à l'air commence-t-elle à se *cutiser*. Au niveau de chacune des commissures, deux petits tubercules, rudiments de la lèvre supérieure, obliques en haut et en dedans, vont se confondre avec les côtés du tissu cicatriciel adhérent qui existe au niveau de la partie moyenne de la mâchoire supérieure.

Nous entretiendrons nos lecteurs sur le procédé de rhinoplastie et de cheiloplastie que M. Richet compte appliquer dans ce cas difficile pour corriger cette affreuse difformité.

2° *Lipomes du cou et des lombes.* — Deux tumeurs lipomateuses d'un volume considérable (diam. vertical et transversal dépassant 20 et 15 centim.) viennent d'être enlevées par M. Péan à l'hôpital Saint-Louis, et nous permettent d'insister brièvement sur quelques points cliniques laissés un peu de côté dans la description classique qu'en donnent nos auteurs. Les deux malades qui en étaient porteurs étaient des sujets fort gras : chez l'un (homme de 50 ans), la tumeur siégeait en arrière, au niveau de la région cervico-dorsale; chez l'autre (femme à peu près du même âge), elle était située dans la région dorso-lombaire. Toutes deux débordaient

à droite et à gauche le raphé épineux du rachis, position que leur avait facilitée le sié
de leur développement initial dans le tissu conjonctif sous-cutané de la région po
térieure du tronc. Elles étaient molles, fluctuantes, mobiles, appartenant évider
ment à la variété *lobulée* et *enkystée* et non à la forme en grappe, étaient recouvert
d'une *peau amincie*, surtout chez la seconde malade, et présentaient par place
développement variqueux de petits vaisseaux veineux (caractère important pouva
servir au point de vue du diagnostic différentiel de la variété de tumeur). Ui
exploration longtemps et fréquemment répétée avec malaxation ne déterminait
leur surface qu'un peu de rougeur diffuse, mais ne provoquait pas cet *empâtemc*
œdémateux que les mêmes pressions occasionnent sur d'autres tumeurs, comme l
abcès froids, par exemple.

Un phénomène assez rare et dont nous n'avions pas encore vu d'exempl
s'observait sur le lipome lombaire (1); je veux parler d'une *ulcération croûteu*
dont la cause devait être attribuée à la compression, lors du décubitus dorsa
qui avait mortifié la peau dans un point limité. Cette ulcération par pressio
était tout à fait passive et n'avait, sauf une odeur un peu prononcée, aucune ana-
logie avec celles qui se rencontrent souvent sur les tumeurs malignes, dont ell
annonce l'accroissement et la suractivité. Ces deux masses graisseuses furen
facilement enlevées à l'aide d'une incision cruciale; elles n'offraient d'adhé-
rences superficielles qu'avec la face profonde de la peau, qui dut être disséquée avec
soin; mais sitôt cette dissection opérée, il fut très-facile, en incisant ou déchiran
la coque conjonctive qui entourait les lobules et s'interposait entre eux, de procéder
à l'énucléation, car profondément il n'existait aucun point adhérent; le tissu cellu-
laire y était au contraire si lâche, que sur l'un des malades on aurait dit plusieurs
bourses séreuses juxtaposées et séparées par de simples cloisons lamineuses. Une
fois enlevées, ces deux masses, dont les gros lobes, un peu flexueux, rappelaient
vaguement les circonvolutions de l'encéphale, ressemblaient à d'énormes *tomates*
rouges, parce que le sang veineux qui s'étalait à leur surface était devenu rutilant
au contact de l'air.

3° *Hydrocèle suppurée.* — Nous venons d'observer à la Pitié, chez un homme jeune encore, un cas de suppuration de la tunique vaginale, survenue à la suite de l'opération (ponction et injection iodée) pratiquée pourtant selon toutes les règles de l'art. Ce fait, quoique assez rare, doit être pris en sérieuse considération afin d'empêcher le praticien de regarder cette opération comme constamment exempte

(1) On trouvera deux exemples d'ulcération à la surface de lipomes dans les *Bulletins de la Société anat.* L'un d'eux a été observé par M. Le Dentu. Nous avons encore observé (avril 1874) dans le service de M. Dolbeau (Beaujon) un cas de lipome énorme de la partie postérieure droite du thorax, datant de vingt-cinq ans, et ulcéré au centre, chez une femme de 46 ans. Cette ulcération avait été le siége de trois hémorrhagies depuis un an. La tumeur, qui avait la forme et la consistance d'une mamelle volumineuse, était parcourue à sa surface de veines volumineuses.

de danger; elle est simple, il est vrai, et le plus souvent ses conséquences le sont aussi, mais cette sécurité ne doit pas cependant nous dispenser des plus grandes précautions.

La *suppuration dans les hydrocèles* est un sujet de thérapeutique chirurgicale qui, à peine effleuré par nos auteurs classiques, mériterait certainement, selon nous, l'honneur d'une thèse, ou tout au moins d'un mémoire : elle nous semblerait se rapporter à cinq chefs principaux :

1° Tantôt cette suppuration doit être directement attribuée à un *vice dans le manuel opératoire* ou à l'*emploi de substances nouvelles*, dont les essais, jusqu'à présent malheureux, sont loin d'avoir encore sanctionné l'efficacité. On connaît trop les gangrènes du scrotum, consécutives à l'introduction de quelques gouttes de liquide injecté dans le tissu cellulaire, pour que nous songions à les rappeler longuement. Mais, ce qui est beaucoup plus rare, c'est le même accident à la suite du passage du liquide de l'hydrocèle dans l'élément conjonctif qui double le dartos, lorsque le chirurgien s'est borné à ne faire qu'une simple ponction exploratrice. Or, le fait a été observé à l'Hôtel-Dieu par M. Verneuil, chez un homme de 50 ans, qui perdit la moitié du scrotum après une piqûre faite à l'aide d'un trocart de 2 millimètres, et qui donna issue seulement à la moitié du liquide.

Chez un autre malade qui refusait de rester à l'hôpital, le même chirurgien se contenta encore d'une seule ponction non suivie d'injection, mais à la fin de l'évacuation du liquide, quelques *bulles d'air* pénétrèrent dans la vaginale et y séjournèrent malgré les efforts tentés pour les expulser : un phlegmon suppuré des bourses nécessita un débridement et le drainage, et la guérison ne survint qu'au bout de deux mois, après de sérieux accidents.

Dans un cas où l'*air* avait été volontairement injecté par un jeune chirurgien quelque peu présomptueux, une suppuration de la vaginale détermina également des phénomènes fort graves. Enfin, Esmarch, chez un homme d'une cinquantaine d'années, traita une hydrocèle volumineuse par l'injection de *chloroforme*. Le malade parut guéri en un mois, mais la tumeur revint, et une seconde opération du même genre détermina cette fois de la suppuration et des accidents locaux et généraux qui entraînèrent la mort du malade.

2° Tantôt la suppuration reconnaît pour cause un *double traumatisme de la vaginale*, qu'il soit dû à la ponction chirurgicale faite dans une hydrocèle dont la poche a été préalablement le siége d'une rupture, ou qu'il ait été la conséquence d'une opération pratiquée à deux reprises différentes avec ou sans injection, comme M. Verneuil l'a observé dans deux cas.

3° Dans les *Annales de la Flandre occidentale* de 1847, on trouvera deux faits de suppuration d'hydrocèle avec gangrène du scrotum, l'un consécutif à la *rupture* spontanée de la tunique vaginale, l'autre ayant reconnu comme cause la même

rupture occasionnée par la malaxation que la main du chirurgien avait fait sub
la poche.

4° D'autres fois, l'hydrocèle s'enflamme sans manœuvre opératoire préalabl
sans aucun traumatisme, et suppure *spontanément* ou par suite de l'apparition d'u
orchite blennorrhagique, comme Dupuytren, en 1824, en observa un exemple ch
un homme qui fut radicalement guéri. En 1853 se trouve relatée, dans la *Gaze
des hôpitaux*, une observation fort intéressante d'*hydrocèle spontanément enfla
mée* qui est due à M. Desnos. Il s'agit d'un homme de 59 ans, qui avait refusé
se faire opérer d'une hydrocèle à laquelle un léger traumatisme avait donné
accroissement considérable. Sans cause appréciable, de la douleur, de l'œdè
survinrent, et la ponction avec le trocart donna issue à un demi-verre de pus dc
la reproduction nécessita une incision de 6 centimètres. La guérison eut lie
A. Cooper cite aussi un cas d'hydrocèle enflammée spontanément.

5° Enfin, cette suppuration ne peut se rapporter à aucune des causes pré
dentes et a suivi une opération d'hydrocèle régulière. C'est ce qui a eu lieu chez
malade que nous avons eu sous les yeux à la Pitié. Peut-être est-on en droit d'a
tribuer cet accident à un vice de constitution.

Des quelques faits que nous venons de citer à la hâte, il serait déjà possible
tirer plusieurs conclusions; par exemple :

a. Éviter la ponction exploratrice, à moins d'indication spéciale, et si o
a résolu l'opération, la pratiquer en entier séance tenante;

b. Se méfier des accidents inflammatoires consécutifs, et prendre des précautio
en conséquence, si on opère sur une vaginale qui a été intéressée déjà une premiè
fois par le chirurgien, ou bien qui a été le siége d'une rupture spontanée ou trau
matique;

c. Éviter, autant que possible, les attouchements trop rudes et trop répétés a
moment où on va procéder à l'opération;

d. Se contenter de choisir un des liquides d'injection journellement employé
et que tout chirurgien doit connaître; et se souvenir que, si on a de la tendance
innover, le mieux est parfois l'ennemi du bien.

XII

Sommaire. — Deux exemples de plaies du genou. — Luxation coxo-fémorale (variété ovalaire). — Sarcome mélanique de la caroncule lacrymale droite : sixième récidive.

Plaies péri-articulaires du genou. — 1° L'un de ces deux exemples (observés à la Pitié) nous montre la difficulté d'établir le diagnostic de la pénétration et l'insuccès du pansement ouaté (si excellent en maintes circonstances), lorsque, *malgré l'élévation du pouls et celle de la température, et malgré l'apparition de l'engorgement ganglionnaire de l'aine*, on ne prend pas soin de l'enlever immédiatement pour surveiller les accidents inflammatoires dont le membre peut être le siége.

Un homme de 55 ans est renversé par la roue de son camion qui froisse violemment la face interne du genou droit; la plaie contuse fort large qui en résulte est nettoyée à l'hôpital et débarrassée des corps étrangers qui la recouvrent; le doigt, explorant avec précaution, ne constate ni décollement considérable ni dénudation osseuse; le liquide sanguinolent qui s'écoule en peu d'abondance de cette solution de continuité n'est pas filant et par conséquent ne paraît point mêlé à de la synovie. M. Verneuil tenta la conservation et appliqua le pansement ouaté qui n'amena aucune sédation dans les souffrances du malade. — Dès le troisième jour, le thermomètre accusa 38°, puis 39°, mais cette élévation de la température fut mise sur le compte d'une fièvre traumatique précoce. Le septième jour, l'engorgement des ganglions inguinaux et la température de 40° firent penser à une poussée de lymphangite, mais ce ne fut que le lendemain, sur les prières du blessé, que l'appareil ouaté fut retiré et qu'il fut permis de constater une rougeur avec gonflement œdémateux énorme depuis le pied jusqu'à l'aine droite. Au centre de ce vaste plegmon diffus commençant, le genou était fortement tuméfié, et la pression exercée au niveau du cul-de-sac synovial faisait suinter facilement du pus par la partie inférieure de la plaie; ce symptôme établissait suffisamment le diagnostic de la pénétration; la plaie avait-elle été pénétrante dès le début ou ne l'était-elle devenue qu'à la suite de la chute d'eschares qui commençaient à se détacher? C'était là un point bien difficile à préciser; le doigt, en outre, put sentir la dénudation du condyle interne du fémur. L'issue fut fatale, malgré les larges débridements qu'on se hâta de pratiquer sur tout le long du membre inférieur.

Nous avons rapporté ici ce malheureux fait, parce que nous pensons qu'en chirurgie les revers doivent être connus et publiés au moins autant que les succès, et que, du

reste, M. Verneuil dans une de ses cliniques, a consciencieusement présenté aux élèves cet exemple comme étant pour eux d'un enseignement très-utile. Le professeur a mis en parallèle avec ce malade un second du même genre qui avait présenté également une plaie péri-articulaire du genou et chez lequel, la température s'étant élevée, on put, en supprimant le pansement ouaté, faire disparaître toute trace d'inflammation.

2° Le second malade nous fait voir le danger qu'il y a à ouvrir les poches sanguines récentes qui ne sont pas encore arrivées à la période de suppuration.

Un homme tombe sur le genou droit et il se produit en quelques heures un *épanchement sanguin dans la bourse pré-rotulienne.* Inquiet de cette tuméfaction qui n'était pourtant le siége d'aucune douleur, le malade se fait lui-même avec la pointe d'un canif, au centre de la bosse, une piqûre qui donne issue à un peu de sang, et il n'en continue pas moins à travailler toute la journée. Le lendemain, la douleur et le gonflement du genou, accompagnés d'un malaise général, le forcent à entrer à l'hôpital, et nous constatons tout autour de la ponction une rougeur érythémateuse se prolongeant sur la cuisse et la jambe, avec œdème de tout le membre inférieur. Le repos et les applications résolutives suffirent au bout de quelques jours à conjurer cette menace de phlegmon diffus.

Luxation coxo-fémorale gauche (*variété ovalaire*). — La luxation de la cuisse en dedans (Hippocrate), ou ischio-pubienne (des auteurs modernes) est des plus rares, sinon la plus rare; aussi nous ne voulons pas laisser échapper l'occasion d'en faire connaître une qui vient d'être réduite tout récemment par M. Péan, à l'hôpital Saint-Louis. Un garçon couvreur de 17 ans, montait à l'échelle, transportant des voliges sur le dos; le pied lui manque, et le malheureux tombe sur un toit placé un peu plus bas, puis de là rebondit par terre. Il ne se souvient point dans quelle position se trouvait le membre inférieur au moment de sa chute. L'attitude du membre abdominal (abduction forcée et rotation en dehors, flexion de la cuisse sur le bassin et de la jambe sur la cuisse) pouvait déjà à elle seule faire diagnostiquer le déplacement de la tête fémorale en dedans, ce qui, du reste, était mis hors de doute par les signes suivants : aplatissement de la fesse et de la face antérieure de la cuisse, gouttière externe très-prononcée située entre la racine de la cuisse et la crête iliaque, forte tension des muscles adducteurs qui, en haut et en dedans, sont soulevés par la tête dont la saillie au devant du périnée est évidente à la vue et au toucher. Les mouvements provoqués sont extrêmement douloureux, l'adduction est impossible.

Le pronostic de cette variété de luxation ne laisse pas que d'être sérieux, même après la réduction opérée, puisque A. Richard (*Pratique journalière de chirurgie*, 1868) dit qu'un de ses malades était encore couché au bout de huit mois, après avoir pré-

senté plusieurs abcès péri-articulaires; le même chirurgien ajoute que sur 11 cas observés par lui de luxation du fémur, trois malades étaient restés estropiés. Si la réduction ne peut être obtenue, le malade, comme Hippocrate l'a bien fait observer, chemine comme une moitié de cul-de-jatte, la cuisse et la jambe fortement éloignées du tronc; aussi le chirurgien doit-il faire tous ses efforts pour éviter une semblable difformité. — Comment réduire cette luxation qui est en quelque sorte le pendant de la luxation sous-coracoïdienne de l'humérus? Chez les bateleurs, qui dans le grand écart produisent souvent chez eux ce déplacement, la tête se replace d'elle-même dans la cavité cotyloïde lors de la contraction musculaire; mais il est loin d'en être de même chez les sujets étrangers à ce genre d'exercice. La première indication que doit remplir le chirurgien est de chercher à faire éprouver au membre luxé un double mouvement en sens inverse de celui qui a présidé au déplacement; ainsi, dans le cas que nous avons eu sous les yeux, comme le mécanisme par lequel s'était produite la luxation était un mouvement d'abduction forcée auquel avait fait suite immédiatement celui de rotation en dehors, on devait s'attacher à faire suivre à la tête la même voie parcourue, mais en sens opposé, à l'aide d'un double mouvement d'adduction et de rotation en dedans. C'est ce qui fut tenté séance tenante et avec succès.

Ce garçon étant chloroformisé, le bassin fut *fixé* par une alèse en cravate dont les deux extrémités étaient solidement maintenues sur le côté droit du malade; pour opérer la *contre-extension*, une seconde alèse, pliée également en cravate, faisait l'orifice d'une croupière embrassant l'aine droite et dont les deux chefs étaient tirés par des aides verticalement, c'est-à-dire parallèlement au tronc, et avec modération, de peur de fracturer le col du fémur sain. Pendant que d'autres aides opéraient l'*extension* et la *rotation en dedans* en agissant sur l'extrémité du membre, le chirurgien exerça des pressions sur la tête de dedans en dehors et légèrement de bas en haut, et la *coaptation* fut annoncée par le choc classique à la fois entendu et senti.

Une précaution excellente pour empêcher la luxation de se reproduire à nouveau, et qui n'a point été employée dans le cas présent est, comme le conseille M. Chassaignac, d'unir les deux jambes l'une à l'autre, et de les maintenir immobiles à l'aide d'une bande roulée.

Sarcome mélanique de la caroncule lacrymale droite. Sixième récidive. — Nous avons rapporté dans notre revue clinique de l'Union du 22 mars dernier un cas de sarcome mélanique qui en était à sa cinquième récidive et avait nécessité, afin que l'opération fût aussi radicale que possible, l'extirpation d'un globe oculaire qui, bien qu'enchâssé dans le produit morbide, n'avait pas été envahi par lui jusque dans sa profondeur. Tout en terminant notre article par cette citation empruntée à

un auteur:.... *Il arrivera un moment où la rapidité du développement du cancer mélané se jouera de toutes les tentatives de la chirurgie...,* nous nous adressions cependant le reproche d'avoir été peut-être trop pessimiste et d'avoir porté au sujet de cet intéressant malade un pronostic d'une gravité exagérée.

Deux mois après l'opération, une toute petite tumeur de même nature et à peine grosse comme une lentille, fut de nouveau enlevée au niveau de la commissure externe des paupières; la plaie se cicatrisa promptement. Aujourd'hui, ce malade en porte trois autres, chacune de la grosseur d'un pois, l'une près de l'apophyse orbitaire externe, la seconde au niveau du ganglion pré-auriculaire droit; enfin la troisième siége dans un ganglion sous-maxillaire. Le mal s'est donc reproduit en quelques mois à peine et, s'étant complétement généralisé, se trouve à l'heure actuelle au-dessus de toute tentative chirurgicale.

Nos histologistes modernes auront beau baptiser ces sortes de tumeurs du mot de *sarcome*, elles n'en resteront pas moins toujours des tumeurs de la pire espèce, de véritables *cancers*, repullulant non-seulement sur place, comme on a eu, à un moment donné, bien grand tort de le croire, mais pouvant se généraliser et infecter l'économie tout entière au même titre que le squirrhe, l'encéphaloïde, etc.

XIII

Sommaire. — Nouveau procédé pour la trachéotomie. — Enfoncement limité de la voûte du crâne. — Résection d'une portion du nerf sciatique. — Corps étranger de la vessie, perforation de la paroi vésicale. — De la cautérisation interstitielle dans le testicule tuberculeux.

Nouveau procédé de trachéotomie. — Un procédé simple et ingénieux, mais dont nous ne saurions encore apprécier les résultats définitifs, vient d'être imaginé tout récemment par M. de Saint-Germain pour l'opération de la trachéotomie. Jusqu'à présent, les essais n'ont été faits que sur le cadavre et sur les chiens, et cela avec tout le succès désirable; mais l'inventeur compte prochainement l'appliquer à l'enfant et à l'homme adulte. Voici brièvement en quoi il consiste : reconnaître en premier lieu, comme point de repère facile, la membrane crico-thyroïdienne, puis procéder à l'exécution de l'opération, qui comprend les trois temps suivants :

1° Ponction au centre de cette dernière membrane avec un cautère actuel pointu chauffé à blanc, et dont on peut limiter la longueur afin d'éviter de pénétrer trop loin;

2° Introduction immédiate du dilatateur (dilatateur de Nélaton pour le phimosis);

3° Introduction de la canule.

Ce procédé nous semble, en effet, avoir le grand avantage d'être exécuté rapidement, avec sûreté, et de mettre les patients à l'abri des hémorrhagies, qui sont si à craindre, surtout chez l'adulte. Mais, d'un autre côté, l'ouverture pourra-t-elle être obtenue toujours aussi grande que dans le procédé classique, et l'opérateur ne sera-t-il pas un peu gêné dans le cas d'ossification cartilagineuse? Ce sont des points que l'avenir jugera. Je ne sais si nous nous trompons, mais nous aurions, en tout cas, plus de confiance en ce procédé qu'en l'emploi du galvano-cautère, dont nous venons de voir un résultat bien fâcheux à la Pitié.

Enfoncement de la voute du crane. — Un exemple d'*enfoncement limité de la voûte crânienne*, que nous avons observé à l'hôpital des Enfants, dans le service de M. de Saint-Germain, nous semble confirmer cette règle déjà émise par les observateurs ayant eu sous leurs yeux des fractures de ce genre, et qui a été reproduite dans l'excellente thèse de M. Félizet (*Recherches anat. et expérim. sur les fractures du crâne;* 1873), à savoir : l'absence d'irradiation vers la base, quand il n'existe pas de délabrement osseux notable de la voûte, et la localisation limitée uniquement à la portion enfoncée.

Un jeune garçon de 14 ans tombe, en jouant, dans une carrière abandonnée, et

est apporté, quelques heures après la chute, à l'hôpital, dans un coma profond. L'absence d'écoulement par le conduit auditif, et la seule constatation d'un *petit enfoncement à peu près circulaire du pariétal droit*, de 2 centimètres environ de diamètre, firent écarter l'idée d'une lésion du rocher et porter un pronostic relativement favorable. Un traitement antiphlogistique fut institué. Une semaine après l'accident, époque à laquelle nous avons vu le petit malade, la dépression correspondant à la lésion osseuse du crâne était parfaitement perceptible au-dessus et en arrière du pavillon de l'oreille ; des troubles encéphaliques primitifs qui existaient au moment de l'entrée, il ne restait plus qu'une paresse assez grande de la mémoire, mais sans aucune céphalalgie. Un léger strabisme interne du côté droit annonçait manifestement une paralysie incomplète du nerf moteur oculaire externe.

Résection du sciatique. — Nous savons bien, depuis les travaux récents de MM. Brown-Séquard, Charcot, etc., que les inflammations nerveuses, traumatiques ou autres, peuvent déterminer certains troubles de nutrition des tissus, principalement de la peau (*phlyctènes*, *ulcérations*, *zona traumatique*) ; mais la suppression d'un tronc nerveux, dont les ramifications correspondent à une partie du corps atteinte d'*ulcérations rebelles*, a-t-elle une influence quelconque sur la cicatrisation de ces dernières? C'est là un point qui est bien loin d'être résolu, et que M. Verneuil, toujours en quête des services que la physiologie peut rendre à la pathologie, vient d'essayer, pour ainsi dire en désespoir de cause, sur une malade de son service de la Pitié.

Une jeune fille de vingt et quelques années portait depuis très-longtemps à la partie moyenne de la région interne du mollet gauche plusieurs ulcérations perforantes, profondément taillées à pic, qui avaient résisté à toute thérapeutique locale et générale, et qui étaient accompagnées de douleurs névralgiques intolérables. Ces ulcères, à fond grisâtre, infundibuliformes, à suppuration fétide et ichoreuse, n'aboutissaient pas cependant à une dénudation osseuse, et nous ne saurions en donner une meilleure idée qu'en disant qu'elles nous ont paru représenter une sorte de *mal perforant du mollet*, dénomination qu'elles pouvaient revendiquer, non pas seulement en raison de leur configuration, mais aussi à cause de leur résistance opiniâtre à tout essai thérapeutique.

Il y a environ un mois, M. Verneuil pratiqua chez cette jeune fille l'amputation de la jambe gauche au lieu d'élection. Tout marcha bien pendant les premiers temps; mais, au moment où la cicatrisation paraissait devoir s'achever prochainement, une ulcération du même caractère que les précédentes prit domicile à l'extrémité du moignon et s'accompagna, comme elles, de douleurs névralgiques extrêmement intenses. Que faire en présence de cette double récidive de l'ulcère et des souffrances? Amputer la cuisse, c'était aller un peu trop vite en besogne : aussi

dans la pensée que la suppression du nerf sciatique calmerait l'élément douleur, et dans celle, beaucoup plus hypothétique, que l'opération aurait en même temps une heureuse influence sur la cicatrisation du dernier ulcère perforant, M. Verneuil se décida à faire, dans une étendue de 2 centimètres environ, la résection des sciatiques poplités interne et externe, en ayant grand soin d'arrêter tout écoulement sanguin venant des vaisseaux artériels et veineux qui se trouvent accolés aux troncs nerveux. Nous verrons dans la suite si l'espoir de ce chirurgien se réalisera.

Au lieu d'avoir recours à cette résection nerveuse, n'aurait-on pas été en droit d'essayer, dans ce cas, la *dénudation* et l'*extension du nerf*, comme cela a été fait avec succès par le professeur Patruban, de Vienne, en 1872, dans un exemple d'ischialgie, et, avant lui, par le professeur Nussbaum, sur les branches du plexus brachial, dont les tiraillements à l'aide de crochets mousses firent disparaître la douleur? (*Revue des sciences médicales en France et à l'étranger;* 1873, t. I, nº 2, p. 690 et 992.)

Corps étranger pointu dans la vessie. Perforation vésicale. Péritonite. Mort. — Un crayon que, dans un but facile à deviner, un garçon de 27 ans s'était introduit dans l'urèthre, échappant à la main, fut en un instant dégluti par le canal, comme cela arrive presque toujours en pareille circonstance, et pénétra dans sa profondeur. Les tentatives pour l'extraire ne firent que le repousser complétement dans la cavité vésicale.

Lorsque nous vîmes le malade à l'hôpital Saint-Louis, c'est-à-dire cinq jours après l'introduction du corps étranger, il se trouvait dans un état d'anxiété assez grande : le bas-ventre était un peu douloureux, et quoique la miction s'opérât librement, la racine de la verge, les bourses et toute la région périnéale étaient tuméfiées, rouges et œdématiées, surtout en arrière du bulbe. En présence des accidents locaux hâtifs et surtout des phénomènes généraux, il y avait indication à agir promptement ; aussi M. Péan pratiqua séance tenante la taille prérectale, en prenant soin de faire à la prostate la plus petite incision possible. Le corps étranger, facilement extrait par la plaie périnéale, était un crayon de 10 centim. 1/2 de longueur et de un demi-centimètre de diamètre; un de ses bouts, parfaitement taillé, présentait encore la mine de plomb intacte; c'était par l'extrémité mousse que ce garçon l'avait fait cheminer dans le canal.

L'extraction de ce corps ne calma ni symptômes locaux ni phénomènes généraux chez le malade, qui mourut en quelques jours avec les signes d'une péritonite intense, dont on trouva à l'autopsie la facile explication. Au niveau du bas-fond vésical existait une petite *perforation* infundibuliforme, qui avait été produite par la pointe du crayon et qui comprenait toute l'épaisseur des parois de l'organe; elle avait donné passage à une certaine quantité d'urine qui, s'infiltrant dans le tissu

cellulaire pelvien, avait été le point de départ des accidents terribles auxquels av rapidement succombé cet homme. Une seconde petite plaie en gouttière s'observ également sur la muqueuse uréthrale, un peu en avant de la portion prostatique.

Cet exemple nous montre une fois de plus les effets désastreux des *corps étra gers piquants* sur la muqueuse génito-urinaire, et peut-être la nécessité qu'il aurait, en pareil cas, à recourir à l'extraction périnéale immédiate, sans s'arrêter faire, par les voies naturelles, des tentatives qui n'ont souvent pour effet que d'au menter le traumatisme produit par le corps étranger lui-même.

Cautérisation interstitielle appliquée comme traitement du testicu tuberculeux. — En présence du sarcocèle tuberculeux, le chirurgien, il fa l'avouer, se trouve souvent dans un grand embarras.

Doit-il ne faire que de l'expectation ? C'est notre avis, au moins dans la premiè période de l'affection et avant le développement d'abcès.

Doit-il avoir recours à la castration? Ce ne serait, en tout cas, que dans la périod ultime, lorsqu'une suppuration abondante et incessamment entretenue a détruit parenchyme du testicule et l'a transformé en un organe complétement inutile ; ne serait, dis-je, qu'en pareille occurrence que l'on pourrait, à la rigueur, en arriv à cette extrémité. M. Richet, qui pense que, dans bien des cas réputés testicul tuberculeux, on a plutôt affaire à des *suppurations chroniques*, paraît incliner ve l'opportunité de l'ablation du testicule; d'autant plus, dit-il, qu'outre l'inutili d'un organe détruit par le pus, il y a grand danger, si on laisse persister ce foyer, voir survenir d'autres accidents d'infection, de laisser, par exemple, se développ la phthisie. Nous lui avons vu, dans ces circonstances, pratiquer, il y a quelq temps, la castration chez deux malades actuellement guéris. Sur l'un d'eux, l troubles respiratoires qui étaient manifestes avant l'opération, semblaient, en plu sieurs mois, s'être plutôt amendés au moment de la sortie du malade.

Toutefois, la castration n'en reste pas moins une opération grave et qui frapp surtout l'imagination du patient, quand bien même le testicule malade ne posséd plus ses propriétés physiologiques. Aussi Malgaigne avait-il proposé une nouvell méthode qui consiste dans l'*abrasion* ou extirpation de tous les tissus ulcérés, for gueux du testicule, jusqu'à ce qu'on arrive sur une partie saine de cet organe, qui donna lieu à une discussion académique en 1851.

M. Verneuil, dans le double but de faire tarir la suppuration, et de conserver a patient un testicule, que ce dernier a au moins l'illusion de croire encore valid préfère la *cautérisation interstitielle*, qui se pratique en plongeant au milieu de l masse tuberculeuse ou suppurante, et à plusieurs reprises, un cautère actuel point chauffé à blanc. Ce chirurgien nous a dit avoir obtenu par ce procédé six cas d guérison. Chez l'un de ses malades, un des testicules avait été déjà enlevé, l

second devint tuberculeux et finit par se cicatriser à la suite de ces cautérisations.

Nous venons de voir, du reste, à la Pitié, un petit garçon de 4 ans chez lequel cette méthode nous semble avoir donné un excellent résultat, non pas au point de vue de la conservation de l'organe, mais au point de vue de la cessation de tout phénomène inflammatoire. Le côté droit du scrotum qui, avant l'opération, était rouge, tuméfié, de la grosseur d'une mandarine et rempli de pus, est actuellement ratatiné, couvert de petites cicatrices et ne suppure plus. On peut donc croire chez lui à une guérison; combien de temps durera-t-elle, et le second testicule ne sera-t-il pas envahi bientôt? C'est là une crainte qu'il nous est au moins permis d'émettre; d'autant plus que, chez ce jeune enfant, la diathèse tuberculeuse n'est pas éteinte, puisqu'il porte au côté gauche de la poitrine un vaste abcès très-probablement symptomatique.

Quoi qu'il en soit, la cautérisation interstitielle est une méthode à l'étude, et nous ne devons pas encore la poser comme règle générale. Avant de porter un semblable jugement, nous attendrons qu'elle ait donné ses preuves.

XIV

Sommaire. — Blessure du nerf tibial postérieur par une lame de canif restée dans la plaie. — Lame de couteau retirée au bout d'un an de la région amygdalienne. — Deux cas de balle logée dans le rocher. — Corps étrangers de l'oreille moyenne. Succès de l'injection d'eau continue.

§ I. Rien n'est plus sujet à caution que le diagnostic de la présence des corps étrangers dans les tissus de l'économie. Tantôt nous voyons un corps métallique très-volumineux rester en place bien longtemps, pendant des années même, sans déterminer aucune réaction et ne se déceler que par une circonstance fortuite; tantôt, au contraire, la persistance de la douleur, ou tout au moins d'une sensation gênante, semblerait nous faire supposer à tort que le corps étranger n'est pas sorti.

Le devoir du chirurgien, à notre avis, est de ne prêter ici qu'une bien médiocre confiance au récit des malades. Il lui faut, en pareille occurrence, se montrer aussi réservé que possible et ne se fier qu'à ses yeux et à sa propre exploration, car nous ne croyons pas trop nous avancer en posant ce principe qu'en matière de corps étranger on n'est bien sûr du diagnostic que lorsqu'on le touche ou lorsqu'on le voit.

Nous désirons relater dans cette revue quelques exemples de ce genre que nous avons eu la bonne fortune d'observer récemment dans les hôpitaux et qui, au point de vue pratique, nous ont paru offrir un certain intérêt.

a. Blessure du nerf tibial postérieur gauche par une lame de canif restée dans la plaie. — Accidents hystéro-épileptiformes. — Extraction du corps étranger.—Weber, cité par M. Tillaux (Thèse d'agrégation en chirurgie, 1866), mentionne l'exemple d'un corps étranger qui, enkysté dans l'épaisseur d'un nerf, n'avait déterminé aucun accident; mais, généralement, la présence de ces corps introduits en totalité ou en partie dans le cordon nerveux, ou bien restant dans son voisinage, donne naissance à des phénomènes toujours sérieux; tel a été le cas de la blessure du nerf tibial postérieur que nous avons vu à l'hôpital des Cliniques dans le service de M. Broca, remplacé par M. Polaillon.

Une jeune femme de 23 ans fait une chute dans la rue et perd connaissance pendant quelques minutes; transportée chez un pharmacien, elle revient à elle et ressent dans toute la jambe gauche une douleur violente qui remonte jusqu'à la racine de la cuisse. — Il existe une perte de fonction complète de tout le membre abdominal.—Au niveau de la partie moyenne de la face interne du mollet, et derrière le bord interne du tibia, une petite plaie ou coupure de 2 ou 3 millimètres à peine,

légèrement oblique, occasionnée par la chute, ne fournit que quelques gouttes de sang. Pour tranquilliser la malade, qui est en proie à une surexcitation très-grande, le pharmacien lui présente une grosse épingle en lui disant qu'il l'a extraite de la blessure avant qu'elle eût repris ses sens.

Cette femme resta chez elle couchée pendant un mois, souffrant de douleurs presque continuelles et avec exacerbation, surtout quand elle remuait la jambe ou lorsqu'on venait à la toucher pour panser la petite plaie qui était devenue fistuleuse et laissait écouler un peu de séro-pus. A ces phénomènes douloureux s'était joint presque immédiatement un autre symptôme, la flexion de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin. Ne voyant survenir aucune amélioration, elle entra à l'hôpital des Cliniques.

La flexion de la jambe persistait toujours ; le pied se trouvait dans l'extension forcée, était refroidi et avait perdu toute sa sensibilité sur la *face dorsale* et au *niveau de la région plantaire*. Lorsqu'on venait à presser la cuisse au niveau du nerf sciatique, ou bien lorsque, par des manœuvres même modérées, on cherchait à étendre la jambe ou à explorer la blessure, les douleurs éprouvées étaient si pénibles qu'elles donnaient lieu immédiatement à une crise nerveuse hystéro-épileptiforme, avec sensation de boule hystérique, trismus et convulsions tétaniques de tout le membre; c'était à croire parfois au développement d'un véritable tétanos. — Dans l'intervalle des explorations, les douleurs perdaient beaucoup de leur acuité. — Malgré le dire de la malade, qui affirmait qu'on avait extrait une grosse épingle, M. Polaillon soupçonnait toujours la présence d'un corps étranger intéressant probablement un des nerfs du mollet, mais il ne pouvait s'en convaincre, la malade refusant énergiquement de se soumettre au moindre examen. L'opium, le chloral et toute la série des médicaments antispasmodiques ayant complétement échoué, on l'amena enfin à se laisser chloroformiser. Le chirurgien agrandit alors un peu la plaie, sentit à l'aide d'un stylet un corps métallique dans sa profondeur, et retira avec des pinces une *lame de canif* de 3 centimètres 1/2 de longueur sur 3 millimètres de largeur. La marche ultérieure de cette affection traumatique pouvait seule permettre de diagnostiquer si le nerf tibial postérieur avait été intéressé en partie ou en totalité. Voici ce qui se passa : la jambe s'étendit presque immédiatement et sans douleur bien appréciable; la malade put même mettre le pied à terre; tout phénomène douloureux local ou général disparut, et, trois jours après l'opération, la sensibilité commençait à réapparaître du côté du talon.

b. Coup de couteau reçu sur un des côtés de la face. — Lame de couteau retirée au bout d'un an de la région amygdalienne. — Le fait suivant, que nous avons observé dans le service de M. Trélat, à la Charité, nous a paru encore plus surprenant et montre bien qu'en fait de corps étrangers, le chirurgien doit toujours

s'attendre aux découvertes les plus invraisemblables. — Un jeune homme bien portant se présente à la Charité, disant qu'il a la bouche mauvaise et se plaignant presque uniquement d'*un picotement* dans l'arrière-gorge et d'*un peu de gêne dans la déglutition*. — Il raconte que, il y a 13 mois environ, il reçut un coup de couteau sur le côté gauche de la face, mais il ajoute bien vite qu'il a parfaitement guéri en peu de temps, ce qui lui a permis d'assister au procès auquel cette affaire a donné lieu dans son pays. Deux cicatrices bien visibles semblent du reste donner raison au récit de ce jeune homme : l'une siége en dehors de l'apophyse orbitaire externe gauche; l'autre est située à la partie externe du masséter; la mâchoire inférieure éprouve une certaine difficulté à s'écarter du maxillaire supérieur. M. Trélat, ayant introduit facilement dans le vestibule de la bouche l'*écarteur en bois*, dont il a l'habitude de se servir pour examiner les culs-de-sac de la joue et les arcades alvéolaires, aperçut, derrière la dernière grosse molaire inférieure, une surface déchiquetée au milieu d'une espèce de bourgeon formé par la muqueuse gingivale. Un explorateur métallique pénétrant à ce niveau, c'est-à-dire près de l'apophyse coronoïde du maxillaire et en dehors de l'amygdale, sentit un corps plat et dur, et, immédiatement après, le chirurgien put amener, à l'aide de deux pinces, une *lame de couteau* de 6 *centimètres de longueur sur* 3 *centimètres de largeur* qui était logée dans la région amygdalienne, et qui, malgré ses énormes dimensions, n'avait déterminé chez ce jeune homme aucun accident bien grave.

M. Trélat a cité encore, dans une de ses cliniques, deux faits de ce genre que nous nous contenterons de mentionner :

c. L'un est relatif à un capitaine de marine qui reçut, dans un combat, un coup de feu sur le côté gauche de la mâchoire inférieure. Le brosseur de cet officier, interrogé, affirmait que la balle était ressortie de la plaie et qu'il l'avait vue à terre. Des phénomènes consécutifs de suffocation nécessitèrent l'opération de la trachéotomie; des esquilles de la mâchoire s'étant éliminées, le gonflement disparut, l'orifice de la trachée s'oblitéra, le malade put boire et manger assez convenablement, enfin la plaie se ferma complétement. Au bout de cinq semaines, un léger gonflement survint vers la région antéro-latérale du cou, et fit croire d'abord à un adénoplegmon. La fluctuation apparut ; une incision fut pratiquée et on put extraire, à la grande surprise des assistants, un *biscaïen* de boîte à balles de 24 millimètres de diamètre qui s'était introduit par la solution de la mâchoire inférieure et avait été méconnu par tous les chirurgiens qui avaient soigné ce capitaine.

d. Le second fait a trait à une petite fille chez laquelle le même chirurgien pratiqua l'extraction d'une *épingle de* 20 *centimètres*, à tête noire, qui était demeurée pendant plusieurs mois dans la région épigastrique, et semblait embrocher cette enfant de part en part. Encore, dans ce cas, n'avait-on eu qu'un vague soupçon de la présence du corps étranger.

c. M. Lorain m'a rapporté un fait observé par lui dans une maison de détention, et dans lequel, pendant une rixe, un *long manche de pinceau* introduit violemment au fond de l'orbite droit s'était cassé. L'extrémité du bois ayant pénétré au moins d'une longueur de 7 à 8 centimètres dans la cavité crânienne, à travers la paroi supérieure de la cavité orbitaire, y demeura vingt jours sans manifester sa présence par aucun trouble local : il finit par se développer des accidents pyohémiques qui furent pris par le médecin de la prison pour une simple pneumonie.

Tous ces exemples peuvent marcher de front avec le *bout de parapluie* cité par Nélaton comme étant resté dix-huit ans dans l'orbite, et le *morceau de crayon* en bois de cèdre, de 5 centimètres de longueur qui, d'après M. Legouest, s'était cassé également dans la cavité orbitaire, et y était demeuré deux ou trois ans sans provoquer d'accidents.

§ II. Deux cas de balle logée dans le rocher. — Parmi les corps étrangers de l'oreille qui viennent du dehors, les plus terribles sont, sans contredit, les projectiles par armes à feu, qui pénètrent profondément par le conduit auditif externe, et déterminent des désordres plus ou moins graves compromettant toujours l'organe de l'audition et pouvant s'étendre jusqu'à l'encéphale lui-même. M. Legouest (*Traité de chirurgie d'armée*), sans citer de fait à l'appui, se contente de dire, à cet égard : « L'oreille moyenne et l'oreille interne ne peuvent guère être blessées que par les projectiles de guerre qui pénètrent plus ou moins profondément dans l'épaisseur du rocher, y demeurent ou poursuivent leur trajet jusque dans l'intérieur de la cavité crânienne. Il est indiqué de faire l'extraction des corps étrangers, soit par leur trajet, soit par la trépanation de l'apophyse mastoïde, s'ils ont pu être reconnus. » Les autres auteurs classiques mentionnent spécialement les grains de plomb, mais les balles ayant cheminé dans le conduit auditif externe pour aller s'arrêter dans le rocher, ne sont pas chose extrêmement commune; nous venons d'en observer deux cas fort curieux et qui nous ont paru offrir surtout de l'intérêt en raison des symptômes presque identiques que présentèrent les deux malades.

a. Le premier a rapport à une jeune fille de 20 ans qui se trouvait encore, il y a quelques semaines, dans le service de M. Guyon, à l'hôpital Necker. Elle avait reçu, un mois avant son entrée, un coup de revolver dans l'oreille droite : une hémorrhagie assez abondante avait suivi l'accident et s'était arrêtée bientôt.

L'anéantissement de l'ouïe de ce côté avait été immédiat, mais la malade n'avait présenté aucun phénomène encéphalique. Au moment où nous vîmes cette personne, elle présentait une *paralysie faciale* complète qui s'était, du reste, accusée immédiatement après la blessure; *la luette était déviée* à droite et la *gustation manifestement compromise* du même côté, ce qui pouvait laisser supposer que la corde du

tympan avait été intéressée par le projectile. Le côté gauche de la face était le sié d'un *rire convulsif* tout à fait particulier.

L'otoscope de Toynbee permit de constater que la membrane du tympan était e grande partie intacte, mais qu'il existait, au niveau de la portion la plus reculée c la paroi postéro-supérieure du conduit, une saillie formée par le projectile encla en quelque sorte dans le rocher : comme il n'y avait que fort peu de suppuratio comme la malade n'avait jamais présenté aucun trouble encéphalique (elle aida même les infirmiers pour les besoins du service), M. Guyon ne voulut faire q de l'expectation et attendit que le projectile, se détachant de lui-même par le fa de la suppuration, tombât dans le conduit auditif externe. — Nous ne savons si l'e poir de ce chirurgien s'est réalisé.

Cet exemple est surtout remarquable par les troubles survenus du côté de la gu tation, par la bénignité relative des symptômes locaux et généraux, et par l'appa rition immédiate de la paralysie faciale, qui, d'après Legouest, est plus ordinaire ment consécutive, puisqu'il dit encore : « Lorsque les malades survivent à ce dangereuses blessures, ils conservent souvent, outre la surdité, une paralysie de l face, une gêne de la mastication et de la déglutition, une otorrhée intermittente rebelle, des fongosités mollasses prenant racine à une profondeur variable et faisan saillie par le conduit auditif externe. »

b. Dans le second exemple de ce genre que nous avons observé à Saint-Loui dans le service de M. Péan, il s'agissait d'une femme de 39 ans. Attaquée par u malfaiteur qui la menaçait d'un revolver, elle pencha vivement la tête en avant e reçut la balle au niveau de l'oreille gauche. — L'*hémorrhagie* fut très-abondante mais s'arrêta au bout de quelque temps : la *surdité* fut immédiate, et on constat sur-le-champ une *paralysie faciale* complète. Sur le pavillon, il existait une petit solution de continuité radiée, comparable, jusqu'à un certain point, aux déchirure de la muqueuse palatine qui sont le résultat de l'expansion des gaz dans les suicide par coups de feu tirés dans la bouche. Peut-être cette petite plaie reconnaissait-ell la même cause, car évidemment elle ne représentait pas le point d'entrée de l balle. Ce projectile avait labouré la paroi supérieure du conduit auditif et était all s'implanter dans le rocher. — Aucun trouble cérébral ne se manifestant et le symptômes locaux n'offrant pas un caractère bien inquiétant, le chirurgien, a moment où nous vîmes la malade, c'est-à-dire quinze jours après la blessure, s bornait encore à l'expectation et n'avait pas jugé nécessaire d'avoir recours, soit aux tentatives d'extraction à l'aide d'un petit tire-fond très-étroit, soit à la trépanation mastoïdienne, qui ne nous semble du reste autorisée que dans le cas d'apparition de symptômes phlegmoneux intenses en arrière du pavillon de l'oreille. Nous venons d'apprendre que la malade a succombé.

§ III. Corps étrangers de l'oreille moyenne.—Incision du tympan ; succès de l'irrigation continue. — Dans ces cas tout à fait particuliers de corps étrangers de l'oreille par armes à feu (balle, grains de plomb, etc.), des manœuvres chirurgicales plus ou moins énergiques pourraient encore, jusqu'à un certain point, trouver leur justification dans la gravité de la lésion; mais dans ceux de corps étrangers ordinaires, dont on connaît la diversité infinie, il ne faut, sauf indication spéciale, y avoir recours qu'avec une prudence extrêmement grande.—C'est à l'*injection d'eau continue* qu'on doit s'adresser tout d'abord; car c'est elle qui, au dire de bien des chirurgiens auristes, suffit la plupart du temps à débarrasser le malade.— Ce procédé très-simple est connu depuis bien des années, puisque Celse conseille déjà, en pareille circonstance, de pousser de l'eau avec force à l'aide d'une seringue. —Morgagni avoue aussi que les injections forcées constituent souvent un moyen utile ; mais Scultet défend de les pratiquer, de peur de rompre la membrane du tympan : c'est là une crainte qui nous paraît quelque peu exagérée. En tout cas, pour éviter un semblable accident, le chirurgien aura soin de diriger le jet, non pas directement vers le fond du conduit, mais vers la partie supérieure, de façon à ce que le liquide s'introduise entre cette dernière et le corps, et puisse le refouler en le prenant par derrière, des parties profondes vers l'extérieur de l'oreille.

Cette irrigation faite, soit avec une seringue, soit avec un irrigateur, soit avec un appareil dont une poire en caoutchouc transforme le jet intermittent en jet continu, et modère ou active sa force suivant le désir de l'opérateur, cette irrigation, dis-je, pourvu qu'on agisse avec patience, réussit pour toute espèce de corps étrangers, mais surtout pour ceux qui sont durs et non susceptibles de gonfler par le séjour dans le conduit. Les exemples peu nombreux où elle échoue sont principalement ceux où il s'agit des corps de cette seconde variété.

Dans deux cas où il apercevait d'une façon distincte un haricot au fond de l'oreille, M. Desprès a pu *agir directement sur le corps étranger* gonflé, sans blesser les parois du conduit, et l'attirer très-facilement au dehors, après l'avoir piqué à l'aide du crochet fin de la pince articulée de Charrière. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, juin 1873.) Chez l'un des enfants, l'irrigation n'avait pas été pratiquée, et, chez l'autre, on n'en avait essayé qu'une seule.

Ce procédé par injection peut également réussir et pour les corps médiocrement enfoncés et pour ceux qui ont été poussés tout au fond. Nous connaissons même un fait intéressant qui nous a été communiqué de vive voix par M. le docteur Ménière et dans lequel ce mode de traitement a triomphé d'un corps étranger logé dans la caisse du tympan. Je le relaterai d'une façon très-succincte.

Un enfant de cinq ans s'introduit dans l'oreille un petit caillou aplati qui, par des manœuvres intempestives faites avec divers instruments, est repoussé tout au fond du conduit. Les injections répétées qui viennent après, échouent complète-

ment; puis l'enfant est laissé au repos pendant quelques jours. Cependant, d phénomènes généraux et locaux d'une certaine gravité attirent l'attention et, parr ces derniers, une *paralysie faciale* inquiétante nécessite une intervention imm diate. — L'examen à l'aide de l'otoscope ne laisse voir aucun corps étranger s toute la longueur du conduit auditif externe; la membrane du tympan semb même intacte, mais elle est un peu tuméfiée et présente à sa surface une lig blanchâtre. Jugeant que le corps étranger a pénétré dans la caisse par une ouve ture du tympan qui s'est ultérieurement cicatrisée et par conséquent refermée de rière le caillou, M. Ménière fait, en présence de M. Le Dentu, avec un bistou étroit, une petite incision à la membrane tympanique : un stylet bien fin et intr duit avec une extrême précaution permet alors de sentir le corps étranger au mili de l'oreille moyenne, mais on se contente de cette seule exploration. Des injectio sont immédiatement pratiquées et répétées plusieurs fois dans les vingt-quat heures. Le troisième jour, le caillou sortait de lui-même pendant une de ces inje tions. — Outre le danger des explorations à l'aide d'instruments, et le succès d irrigations en pareil cas, cet exemple nous montre aussi que les blessures d tympan n'entraînent pas inévitablement la perte de l'audition, puisqu'elles peuve se cicatriser et permettre à cette membrane de se reconstituer de toute pièce.

XV

Sommaire. — Hydarthrose du genou terminée par rupture de la synoviale. — Kyste de la veine saphène interne. — Emploi du cautère actuel dans le traitement de la tumeur érectile. — Dilatation forcée dans la contracture du col vésical.

Hydarthrose du genou terminée par rupture de la synoviale. — Nous venons d'observer chez une femme du service de M. Tillaux, à l'hôpital Lariboisière, une terminaison insolite de l'hydarthrose, je veux parler de la *rupture spontanée du cul-de-sac synovial de l'articulation du genou.* Cet accident, qui, si je ne me trompe, est assez rare, s'est accompagné chez la malade de plusieurs phénomènes si nets et si accusés qu'on peut, à notre avis, les considérer comme signes caractéristiques de cette déchirure; voici le fait dans ses points les plus saillants :

Une jeune fille de 20 ans, fortement constituée, venue à pied, se présenta à la consultation portant une hydarthrose du genou gauche si volumineuse et avec une tension de la synoviale si prononcée que le chirurgien se demanda s'il n'y avait pas là indication à faire immédiatement chez cette femme une ponction capillaire, et lui proposa d'entrer; elle refusa, mais, deux jours après, elle était forcée de se faire transporter à l'hôpital. Voici l'accident qui lui était arrivé : en quittant la consultation, malgré la gêne extrême dont le genou était le siége, elle fit une longue course et, en chemin, au moment où elle pressait le pas pour atteindre un omnibus, elle ressentit tout à coup un *craquement* très-fort dans le genou, qui *dégonfla* presque complétement, au dire de la malade, tandis que la partie inférieure de la *cuisse acquit un volume plus considérable.* A son entrée dans les salles, une douleur persistante se calma par l'application de sangsues de chaque côté de l'articulation : cette dernière, qui, quelques jours auparavant, était si tuméfiée, dépassait maintenant à peine en volume celle du côté droit, mais au-dessus de la rotule et tout autour de la demi-circonférence antérieure du segment inférieur de la cuisse, il existait à la vue un gonflement notable, non fluctuant, peu douloureux et donnant au palper la sensation d'une masse solide indurée, profonde, embrassant la partie correspondante du fémur.

La présence de cette *tuméfaction dure* de la cuisse aurait certainement pu donner le change à un chirurgien resté dans l'ignorance des commémoratifs et de l'état antérieur de la malade, et faire croire à une lésion osseuse, ou tout au moins à une altération du périoste. Chez cette malade, le doute n'était pas permis : le gonfle-

ment crural était bien le résultat du passage du liquide de l'hydarthrose par une rupture du cul-de-sac tricipital, et de son infiltration au-dessous de la masse musculaire. L'immobilité et les résolutifs suffirent pour amener en quinze jours une guérison complète.

Ce qui frappe le plus, dans cet exemple, est l'innocuité remarquable de la lésion, l'absence de toute réaction inflammatoire et la résorption rapide de la sérosité épanchée. Toutefois, la bénignité de ces symptômes consécutifs n'a pas lieu d'étonner, si on songe que nous avons eu affaire ici à une rupture sous-cutanée, et que le liquide, privé de tout contact avec l'air extérieur, n'a subi heureusement dans sa composition aucun changement qui pût porter atteinte à l'état général de la malade.

Kyste de la veine saphène interne gauche. — Les dilatations variqueuses de la saphène interne ne sont pas un accident rare; les tumeurs veineuses formées par les ondulations en zigzag, avec pelotonnement de ces varicosités accumulées les unes à côté des autres à la manière de sangsues, se rencontrent aussi assez fréquemment, mais il n'en est pas de même des *poches kystiques* développées sur le trajet et aux dépens de cette veine. De pareils kystes, en raison de leur extrême rareté et des caractères qui leur sont propres, peuvent offrir, au point de vue du diagnostic, des difficultés sérieuses parfois fort préjudiciables au malade; et, par suite de leur bénignité apparente, mais trompeuse, ils doivent toujours rendre le chirurgien bien réservé dans le choix du mode opératoire.

C'est un de ces kystes que nous venons de rencontrer pour la première fois, dans le service de M. Tillaux, à Lariboisière, chez un papetier de 32 ans. La tumeur occupait le côté interne de la région poplitée et reposait, par sa base, en avant du tendon du demi-membraneux. Bien délimitée et assez régulièrement sphérique, elle remontait à douze ou treize ans, et avait acquis peu à peu son volume actuel, qui était celui d'un petit œuf. A sa surface, la peau pouvait se plisser, n'était pas adhérente, et présentait une coloration très-légèrement bleuâtre; le palper y faisait reconnaître de la rénitence et une fluctuation des plus manifestes. Le malade portait des varices, mais aucune douleur, aucune gêne n'avait même accompagné le développement de cette tumeur, et la jambe n'avait jamais été plus faible que l'autre. Quel en était le diagnostic? Presque tous les élèves du service avaient cru à un kyste sébacé, et, de fait, l'erreur était bien pardonnable, car, de prime abord, les caractères physiques de cette tumeur vous reportaient involontairement à l'idée d'un kyste de cette nature. Toutefois, en se basant sur l'absence de tout point brunâtre à la surface de la poche, sur la situation de cette dernière le long de la saphène interne, et principalement sur la présence d'un cordon appréciable se détachant de la partie la plus déclive de la masse et formé par le segment inférieur de la veine, M. Tillaux établit qu'on pouvait fort soupçonner un kyste

développé sur le trajet et peut-être aux dépens de ce vaisseau. Une ponction exploratrice, qui donna issue à une petite quantité de sang, leva tous les doutes.

Sollicité, d'une part, par le malade, qui désirait être débarrassé d'une tumeur qui, d'après son dire, avait fait depuis quelque temps beaucoup de progrès, et se fondant, d'autre part, sur un cas analogue que M. le professeur Trélat avait traité avec succès à la Charité par la cautérisation, M. Tillaux se décida à la détruire par l'application du caustique de Vienne. Tout se passa d'abord à souhait : l'escharc se détacha et la cicatrisation se trouvait en bon chemin, lorsque le malade fut pris de phlébite de tout le département veineux situé au-dessous du point affecté, et succomba en quelques jours à une infection purulente.

L'examen nécropsique donna complétement raison au diagnostic qui avait été porté. On avait bien eu affaire à un kyste communiquant avec la veine saphène et qui, avant de s'organiser, n'avait été sans doute primitivement qu'une phlébectasie non pas cylindrique ou fusiforme, mais partielle et latérale, reconnaissant elle-même probablement pour cause une dilatation mécanique. L'ectasie sacciforme ordinaire se produit, comme on sait, parce qu'à la suite d'une ondulation en zigzag il y a spécialement dilatation de la partie extérieure convexe de l'inflexion ; mais ce n'était pas du tout le cas actuel : au niveau du kyste que nous avons eu sous les yeux, la veine n'offrait aucune varicosité, aucun zigzag : sur une partie bien limitée de sa paroi s'élevait, à la manière de l'anévrysme sacciforme artériel, le kyste en communication large et directe avec l'intérieur du vaisseau.

Tumeur érectile énorme chez un enfant de dix-sept jours. — Emploi du cautère actuel. — Nous avons eu également la bonne fortune de voir dans le même service un enfant de dix-sept jours portant à la nuque une tumeur érectile qui avait acquis en peu de temps le volume considérable d'une brioche et que M. Tillaux traitait par le cautère actuel. Renonçant à la galvano-caustie qui avait donné lieu une première fois à un jet de sang assez inquiétant, ce chirurgien plongea en différents endroits, et à plusieurs reprises, dans toute la circonférence de la base de la tumeur, un stylet rougi au feu. Il espérait, par ce moyen, convertir la tumeur érectile en tissu fibreux. Par ce procédé, en effet, les canaux produits par le passage du petit cautère actuel se transforment en autant de trajets fistuleux, autour desquels se fait un travail néoplasique qui a pour but la naissance de bourgeons charnus, et en fin de compte celle d'un tissu cicatriciel remplaçant la masse érectile et se rétractant de plus en plus.

Lorsque nous avons vu ce jeune enfant, c'est-à-dire plusieurs jours après l'emploi du cautère, une portion de la tumeur avait déjà pris de la consistance, mais, à son sommet, il s'était produit une mortification commençant à faire place à une ulcération et reconnaissant pour cause la perte de vascularité du milieu de la masse morbide. L'enfant allait bien, mais il était loin d'être complétement guéri, et

M. Tillaux se proposait de renouveler les cautérisations, toujours à l'aide du style rougi au feu.

Cette méthode est excellente, mais ses conséquences ne nous semblent pas exemptes de dangers, surtout chez un enfant de dix-sept jours ; l'inflammation destinée à la transformation du tissu érectile en tissu fibreux n'entraîne pas, il est vrai, une suppuration considérable, mais il n'en est pas de même de celle qui suit l'élimination de la partie mortifiée et qui, par son abondance, pourrait épuiser un sujet aussi jeune avant que le processus curatif n'ait achevé son œuvre. Aussi, en pareilles circonstances, doit-on ne procéder qu'avec lenteur, et n'attaquer que successivement les divers départements de la tumeur. L'enfant vient d'être présenté, à la Société de chirurgie, complétement guéri.

Nous avons vu, tout récemment, préconiser comme traitement radical des tumeurs érectiles, leur ablation avec l'instrument tranchant ; outre les difficultés inhérentes à une semblable dissection, le danger de l'hémorrhagie est d'autant plus à redouter que les malades opérés sont presque toujours de jeunes enfants chez lesquels un écoulement sanguin, même minime, peut entraîner la mort. N'y aurait-il pas avantage, en pareil cas, à recourir à une opération mixte, c'est-à-dire à transformer peu à peu, soit en totalité, soit même en partie, la tumeur érectile en tissus fibreux à l'aide du cautère actuel, puis à en pratiquer ensuite, avec plus de sûreté, l'ablation, sans avoir à redouter l'hémorrhagie ?

Cystite du col vésical avec contracture rebelle. — Dilatation forcée. — Rien n'est plus difficile à combattre parfois que ces cystites du col de la vessie s'accompagnant de contracture rebelle et forçant les malades à une miction incessante qui n'a pour effet, le plus souvent, que l'expulsion de quelques gouttes d'urine à chaque fois. Rapprochant jusqu'à un certain point cette contracture, qu'il ne serait pas étonné de voir s'accompagner aussi de gerçure, de celle qui s'observe dans la fissure à l'anus, M. Tillaux a eu l'idée d'appliquer au col de la vessie la méthode qui nous réussit si bien dans le cas de fissure anale, je veux parler de la *dilatation forcée*. Un instrument spécial a été imaginé par lui à cet effet. Hâtons-nous d'ajouter que la question n'est encore qu'à l'étude, car cette idée ingénieuse n'a reçu de la part même de celui qui l'a émise que deux applications. Dans l'un des exemples, il s'agissait d'un confrère chez lequel le succès a été complet; dans l'autre cas, une femme, que nous avons vue à Lariboisière, avait bénéficié d'une amélioration sensible, mais ne pouvait être considérée comme guérie. Ce n'est, bien entendu, que lorsque l'on a épuisé tous les autres modes de traitement (cathétérisme, instillations de collyre, cautérisation, glace, frictions belladonées, suppositoires, etc.) que M. Tillaux conseillerait d'avoir recours à la *dilatation forcée du col vésical* que l'on peut porter jusqu'à 1 centim. 1/2 à 2 centim. Ce chirurgien va même plus loin, en disant que si cette dilatation répétée un certain nombre de fois

ne réussissait pas à vaincre la contracture rebelle, il n'hésiterait pas à employer comme dernière ressource l'incision interne, et à porter sur le col vésical une lame d'uréthrotome.

Sans prévoir l'avenir, nous croyons que c'est là une conception heureuse qni peut parfaitement un jour s'ériger en méthode, mais dont nous devons attendre les essais pour émettre sur sa valeur un jugement définitif.

XVI

SOMMAIRE : Dilatation forcée dans la contracture rebelle du col vésical. — Quatre cas de vice de confor mation des organes génitaux de la femme (Imperforation de l'hymen. — Oblitération du vagin. — Absence du vagin et des organes génitaux internes. — Hermaphrodite apparent mâle).

§ I. DILATATION FORCÉE DANS LA CONTRACTURE DU COL VÉSICAL. — En parlant dans notre dernière revue (27 décembre 1873), de la *dilatation forcée* et de l'*inci sion* comme moyen de traitement de la contracture du col vésical, nous avion annoncé, et nous nous plaisons à le répéter, que c'est une idée heureuse qui peu trouver son application dans bien des cas; mais nous ne voulions pas entendr par là qu'elle fût toute nouvelle et qu'elle n'avait pas germé antérieurement dan l'esprit d'autres observateurs qui avaient également comparé cette contracture à la fissure anale. M. le professeur Dolbeau, dans ses leçons de clinique chirurgical (1867), a appelé, à plusieurs reprises, l'attention sur cette affection et sur les consé quences graves qu'elle peut entraîner à sa suite, et il a été même plus loin que se prédécesseurs en conseillant, dans les cas où les autres moyens ont échoué, l'*inci sion uréthrale de dehors en dedans*, c'est-à-dire la section des plans musculaire dont la contraction est devenue permanente. « Je préfère, dit-il, la taille médian à la *section intra-uréthrale :* avec cette dernière, il est difficile d'exécuter complé tement la section du plan musculaire, et, de plus, l'incision expose à plusieurs acc dents, dont le plus redoutable est l'infiltration urineuse. » Dans la thèse d'un d mes élèves, M. le docteur Hevia (*Essai sur la contracture du col de la vessie* (1868) on trouvera mentionnés deux exemples de section uréthrale, de dehors en dedans terminés par la guérison, et qui sont également rapportés dans la clinique d M. Dolbeau.

Si nous voulions attribuer à M. Tillaux l'idée première de la dilatation forcée e de l'incision intra-uréthrale comme moyen thérapeutique de la contraction du co (idée qui, je le pense, n'est pas revendiquée par lui), nous ne manquerions pas d soulever de légitimes réclamations de la part d'un grand nombre de chirurgien parmi lesquels MM. Mercier et Caudmont pourraient revendiquer le premier rang En effet, dans un second supplément à ses *Recherches sur les valvules du col de l vessie*, intitulé : *Troisième série d'observations*, et publié en 1850, M. Mercier d que des valvules autres que les prostatiques sont formées par le spasme, la contrac ture ou la rétraction des fibres musculaires qui ferment le col de la vessie ; et plu loin il ajoute que « les heureux résultats obtenus par Récamier de la *dilatation for*

cée dans les fissures de l'anus, résultats qui proviennent évidemment de ce que cette dilatation extrême fait cesser la *contracture* que ces fissures provoquent dans le sphincter de cet orifice, *l'ont conduit à un traitement semblable dans les affections analogues du col de la vessie.* »

Toutefois, l'ingénieux *dilatateur bicoudé*, imaginé par M. Mercier dans le but de déprimer la lèvre inférieure du col vésical, lors de valvule musculaire, ne porte son action extemporanée que sur un ou plusieurs des points de l'orifice. Or, ce que veut M. Tillaux, c'est dilater cet orifice dans tous les points de sa circonférence, *sans que le reste du canal participe à cette dilatation*, comme cela ne manque pas d'avoir lieu par l'introduction d'un cathéter volumineux. C'est dans ce but qu'il a fait construire deux dilatateurs, dont nous ne donnerons qu'une description très-succincte :

1° Celui qui est destiné au col vésical de l'homme agit lentement et d'une façon uniforme et graduée : il se compose d'un instrument ayant la forme d'un cathéter, dont l'extrémité vésicale se termine par quatre petites branches recourbées, mobiles, mais juxtaposées les unes contre les autres, à l'état de repos. Quand on veut les écarter, on n'a qu'à tourner une vis correspondant à un gros conducteur métallique cheminant au centre du cathéter et terminé lui-même en bas par une petite boule qui, lorsque les quatre branches sont rapprochées, vient se placer tout à fait au niveau de leurs extrémités. En faisant jouer la vis dans un sens, la boule est entraînée en arrière et écarte les branches; en la tournant en sens opposé, la boule est portée en sens contraire, c'est-à-dire en avant, et aussitôt qu'elle a franchi ces dernières, elles se referment et se remettent en place : c'est toujours à l'état de repos, bien entendu, que l'on doit introduire ou retirer l'instrument. — On voit que ce dilatateur repose sur le même principe que celui qui a été imaginé par M. le professeur Dolbeau pour la lithotritie périnéale; seulement, dans l'instrument de M. Tillaux, l'écartement des branches se produit par un mouvement rétrograde de la boule terminale ;

2° Le dilatateur du col vésical de la femme, beaucoup plus court que le précédent, se compose d'un tube métallique au centre duquel se meut une tige munie, à son bout vésical, de quatre petits leviers qui, en s'éloignant ou se rapprochant par un mouvement de bascule, écartent ou rapprochent l'une de l'autre les deux moitiés d'un cylindre, légèrement arrondies à leur extrémité. C'est ce petit cylindre, coupé suivant sa longueur, que l'on introduit dans l'urèthre, lorsque ses deux valves sont exactement réappliquées l'une contre l'autre par leur face correspondante.

§ II. Quatre cas de vice de conformation des organes génitaux de la femme. — Les anomalies, dans la configuration des organes génitaux de la femme, sont aussi nombreuses que variées. Les unes appartiennent à la tératologie et constituent des maladies d'origine embryonnaire, ayant plus d'attrait pour le physiologiste et

l'anatomiste que pour le praticien. D'autres vices de conformation, au contrair rentrent dans le domaine de la pathologie; mais c'est à des degrés bien différent qu'elles réclament le secours de la chirurgie. Dans ce dernier groupe d'affection en effet, il en est pour lesquelles il faut nécessairement intervenir, et parfois d'un façon urgente (*imperforation de l'hymen*, *rétention des menstrues*); dans une second variété clinique, n'exigeant pas une intervention aussi urgente, le chirurgien es cependant autorisé, après mûr examen des organes internes, à tenter une opératio (*oblitération du vagin*, *avec ou sans troubles bien marqués tenant à la menstruation mais avec présence de l'utérus*); enfin, il est quelques-unes de ces maladies devan lesquelles on doit toujours rester inactif et ne jamais opérer, malgré le désir de femmes (*absence de vagin et des organes génitaux internes coïncidant avec une vulv bien conformée*).

Nous avons observé, dans le courant de l'année dernière, à la Pitié et à l'hôpita Lariboisière, quatre exemples de cette nature qui nous ont paru offrir un véritabl intérêt pratique et dont l'exposé succinct fera ressortir, à notre avis, plusieurs ensei gnements utiles relativement à la conduite à tenir en pareille occurrence.

A. *Imperforation de l'hymen. Accidents produits par la rétention du flux mens truel et ayant fait croire à un accouchement.* — Une jeune fille de 18 ans, parfaite ment constituée, n'avait jamais été réglée, mais avait éprouvé depuis plusieur années, à des moments revenant d'une façon périodique, plusieurs troubles du côt du bas-ventre, accompagnés de douleurs lombaires, parfois assez vives, mais qui n l'obligeaient pas à suspendre son travail, car elles se dissipaient d'elles-même au bout de quelque temps. Le mois dernier, elle avait eu une épistaxis rebelle; et le mois d'avant, des hémorrhoïdes, qu'elle portait depuis plusieurs années, avaien fourni une quantité de sang assez abondante. Il y a huit jours, prise tout d'un coup dans le courant de la journée, de douleurs abdominales violentes, elle fut obligé de quitter l'atelier et de se mettre au lit.—Un médecin, appelé en toute hâte, trouv cette fille dans un état de surexcitation très-grande et en proie aux coliques le plus intenses. La palpation du ventre, qui était manifestement plus volumineux, lu fit venir immédiatement à l'esprit l'idée d'une grossesse, et lorsque, après avoi écarté les cuisses de la malade, il vit au niveau de la vulve une tumeur tendue d'un rouge bleuâtre, fluctuante, qui écartait les deux grandes lèvres, il ne crut plu le doute permis : c'était la poche des eaux qu'il avait sous les yeux, il avait affaire un accouchement. Cependant, cette pauvre fille ne cessait d'émettre les dénéga tions les plus absolues, qui, jointes surtout au commémoratif précieux que le règles n'avaient jamais paru chez elle, finirent par ébranler la conviction du méde cin, qui fit transporter la patiente à Lariboisière, dans le service de M. Tillaux.

La miction, très-gênée depuis quelques jours, obligea à un cathétérisme immé diat, qui même offrit quelque difficulté, car l'urèthre se trouvait refoulé en haut

L'absence des règles jusqu'à ce jour, les coliques intermittentes, qui ne pouvaient être que de nature utérine; le volume de la matrice, remontant au moins à quatre travers de doigt au-dessus du pubis, et à gauche de laquelle se trouvait, dans la fosse iliaque, une masse pâteuse en forme de boudin; enfin, la constatation, par le toucher rectal, d'une tumeur énorme dans l'excavation du sacrum, tous ces symptômes réunis, dis-je, mirent sur la voie du diagnostic : il existait, chez cette jeune fille, une *rétention des menstrues par imperforation du vagin;* et la tumeur arrondie, d'un rouge vineux, qui venait faire saillie au niveau de la vulve et qui avait laissé croire à une grossesse chez une personne *aussi complétement vierge*, cette tumeur était évidemment formée par le sang des règles, accumulé dans les organes génitaux internes et repoussant en avant un hymen imperforé, très-épaissi.

L'indication, pour le chirurgien, était aussi urgente que facile à remplir : pratiquer l'ouverture de cette cloison obturatrice complète. C'est ce que fit M. Tillaux, séance tenante : il plongea un bistouri dans la partie la plus proéminente de la poche et incisa verticalement; un jet de sang noir chocolat, sirupeux, s'élança avec force et remplit bientôt un bassin en cuivre, ce qui amena un soulagement immédiat chez la malade, sans aucune tendance à la syncope. Les deux lèvres de l'ouverture furent excisées, et alors commença un traitement consistant dans le *repos le plus absolu*, *l'immobilité la plus complète*, de peur de provoquer de la péritonite, soit par la compression abdominale, qui a été conseillée en pareille circonstance, soit par des injections détersives, dont quelques gouttes auraient pu pénétrer dans la séreuse par les trompes dilatées. M. Tillaux abandonna l'expulsion de la petite quantité de liquide qui devait rester encore dans l'utérus à la contraction lente et naturelle de cet organe, pour éviter, en comprimant, de produire un vide aspirateur nuisible, et il se contenta uniquement de maintenir béante l'ouverture de l'hymen en introduisant l'extrémité d'un doigt chaque jour à la visite. — Nous avons revu la malade, vingt et un jours après, dans l'état le plus satisfaisant : il n'était pas survenu le moindre accident, l'utérus avait repris sa place; la tumeur iliaque gauche, formée par la dilatation de la trompe correspondante, avait disparu. Tout fait donc présumer un rétablissement complet et rapide.

Les faits analogues à celui que nous venons de signaler sont assez nombreux dans la science. Velpeau, dans ses *Éléments de médecine opératoire* (t. IV, p. 353), rapporte l'exemple de trois jeunes filles qui ont très-bien guéri, et, à cette occasion, parle des cas de Fristo, Coley, Kulman. M. le professeur L. Lefort en relate plusieurs autres dans sa thèse d'agrégat de 1863. On peut également trouver, dans le *Moniteur des hôpitaux* (1856, p. 971), un fait d'*occlusion du vagin avec accidents produits par le sang menstruel*, presque entièrement identique à celui que nous avons eu sous les yeux, et il nous serait facile d'en citer bien d'autres (1); ce qu'il

(1) Voir ANNALES DE GLYCOGÉNIE (*De l'imperforation de l'hymen au point de vue clinique et opératoire*), 15 avril et 15 mai 1874.

y a de curieux, c'est que presque tous ces exemples ont donné lieu tout d'abord des erreurs de diagnostic (renversement du vagin, chute de la matrice, et surt grossesse). Boyer dit même que, malgré la facilité du diagnostic, l'affection a quelquefois méconnue, et la rétention du sang menstruel a entraîné la mort malades.

Les suites de l'opération bien simple que nécessitent ce vice de conformation les troubles qu'il entraîne avec lui, sont loin d'être toujours aussi bénignes que nc venons de le voir chez la malade de Lariboisière. De Haen, cité par Boyer, a vu su venir après l'incision de la membrane des signes d'inflammation du bas-ventre tr manifestes. Ce sont là des craintes que l'on doit toujours avoir présentes à l'esp lorsqu'on met un foyer sanguin, représenté ici par toute la face interne des organ génitaux profonds, en contact avec l'air extérieur. La suppuration de cette cavi exposée, dit M. Erichsen (THE SCIENCE AND ART OF SURGERY : Diseases of the fema genital organs, t. 2, p. 793), et la péritonite qui en est la conséquence, entraîne parfois la mort de la malade; aussi, pour éviter de semblables accidents, il fau comme l'a fait M. Tillaux, insister sur le repos et l'immobilité la plus absol et la plus prolongée.

En raison de l'appréhension qu'on a toujours de voir survenir soit une suppuratior soit une fétidité des liquides contenus encore dans la poche par le fait de leur cor tact avec l'air, ne pourrait-on pas, comme surcroît de précaution (c'est là une simpl idée que nous émettons) et au lieu d'ouvrir largement de prime abord ce kyste sanguir avoir recours à la seringue aspiratrice armée de son trocart le plus volumineux? L liquide qui s'est échappé chez notre malade, quoique épais, n'était que fort pe mêlé de grumeaux, et aurait été, je pense, aspiré assez facilement. Une fois que c liquide serait évacué sans qu'il y ait communication avec l'air extérieur, on pour rait attendre quelques jours, c'est-à-dire que toute chance d'accident abdominal ai disparu pour faire l'incision et l'excision de l'hymen. De plus, Erichsen (*loco citato* même page) rapporte qu'il a vu un cas dans lequel l'urèthre avait été fendu en long par le chirurgien, qui avait ponctionné et incisé la membane distendue pa le sang.

B. *Oblitération du vagin par imperforation du canal vaginal, plusieurs tentatives opératoires.* — Un autre exemple de vice de conformation des organes génitaux de la femme s'est également présenté dans le même service, mais cette fois ce n'était plus une simple membrane plus ou moins épaisse qu'il devait suffire d'inciser pour arriver dans la profondeur. Il s'agissait d'une imperforation du canal vaginal lui-même existant derrière une vulve parfaitement conformée. Déjà M. Labbé avait tenté d'opérer sept ou huit fois cette jeune femme à la Pitié par le forage (emploi du bistouri avec décollement), mais il avait fini par renoncer à faire de nouveaux essais, parce que, d'une part, après chacun d'eux, la malade était prise de douleurs abdominales qui pouvaient faire craindre une péritonite, et parce que, d'autre part,

malgré la dilatation qu'il employait, les parois du vagin artificiel revenaient sur elles-mêmes, et que ce retrait déterminait une nouvelle oblitération du canal.

Au moment de son entrée dans le service de M. Tillaux, on put constater l'existence d'un conduit de 2 centimètres à peine, au fond duquel le doigt arrivait dans un cul-de-sac, derrière lequel se trouvait une petite masse dure, fibreuse, interposée entre ce cul-de-sac et ce qu'on pouvait supposer être l'utérus, car, eu égard à la présence de cet organe, M. Gallard avait émis des doutes très-accusés que ne partageait pas complétement M. Labbé. Ce dernier chirurgien ayant refusé de renouveler ses tentatives, la malade revint à la charge auprès de M. Tillaux qui, jugeant que les accidents à craindre dans une dissection où le cul-de-sac péritonéal avait tant de chances d'être atteint, devaient primer les bénéfices qui pouvaient résulter d'une opération, ne voulut rien entreprendre, malgré les désirs de la malade, car dans ce cas il n'y avait pas, comme dans le précédent, urgence absolue d'intervention chirurgicale.

C. *Absence de vagin et des organes génitaux internes coïncidant avec une vulve bien conformée.* — Au milieu de l'année dernière, une jeune fille de 21 ans, sur le point de se marier, inquiète de ne jamais avoir été réglée, se décide à aller consulter une sage-femme un peu novice qui l'examine, croit à une simple imperforation de l'hymen, et lui conseille d'entrer à Lariboisière pour se faire opérer. Cette jeune personne portait une vulve parfaitement constituée en apparence : petites et grandes lèvres, clitoris, méat urinaire, fourchette, rien n'y manquait; mais, tout se bornait à la présence des parties externes; derrière elles, il n'y avait plus rien; on avait donc seulement devant les yeux, selon l'heureuse expression de M. Tillaux, un tableau, un simple rideau de théâtre. Par l'exploration rectale, unie au cathétérisme vésical pratiqué avec une sonde métallique, il fut facile de constater qu'il n'existait aucun organe interposé entre la vessie et le rectum : vagin, utérus et ovaires faisaient complétement défaut chez cette femme qui, du reste, n'avait jamais éprouvé de troubles menstruels. — S'abstenir de faire aucune tentative opératoire, telle devait être et telle a été la conduite du chirurgien; car s'il avait accédé, dans le cas actuel, aux désirs pressants de la malade, il aurait pu renouveler l'observation si célèbre de de Haen, citée par M. Lefort, et dans laquelle il est dit que cet opérateur, croyant n'avoir affaire qu'à une oblitération de l'hymen, voulut inciser les tissus couche par couche ; au lieu de pénétrer dans l'utérus, *il arriva dans l'intérieur de la vessie* et put s'assurer par l'autopsie de l'erreur qu'il avait commise.

D. *Hermaphrodisme d'apparence mâle.* — A côté des faits précédents qui intéressent beaucoup le chirurgien, car il lui faut, quand ils s'offrent à lui, porter un jugement et se prononcer en faveur de l'opération ou contre toute espèce de tenta-

tive, se placent les vices de conformation ayant un intérêt purement anatom
et physiologique.

Qu'on nous permette, en finissant, d'en indiquer un exemple qui se tro
tout récemment à la Pitié, chez M. le docteur Labbé. Il se rapportait à une j
personne de 17 ans, entrée pour se faire délivrer un bandage herniaire et que le
vice administratif avait cru devoir placer dans la salle des femmes, parce qu
portait jupons au moment où elle s'était présentée. Cet individu, qui avait, d'a
son propre aveu, des rapports sexuels avec les femmes, présentait une gorge et
larynx très-développés, une absence presque complète de seins, et un syst
pileux fort accusé : ses mains étaient larges, et ses allures, d'une façon géné
le rapprochaient plutôt du sexe masculin. L'examen des parties génitales dév
un énorme clitoris ou plutôt une verge de près de 7 centimètres avec hypospa
conduisant à un orifice uréthral qui s'ouvrait au sommet d'une toute petite fe
vulvaire presque linéaire et imperforée; de chaque côté de cette fente existait
repli muqueux figurant des petites lèvres en miniature; enfin, à gauche, dans
partie cutanée représentant soit une grande lèvre, soit une moitié de scrotum,
trouvait manifestement une glande, dont la présence ne se révélait pas aussi b
à droite. Par le toucher rectal, M. Labbé avait cru trouver des traces de prosta
mais la chose n'était rien moins que certaine.

XVII

SOMMAIRE : Plusieurs cas d'uranoplastie suivis de succès complet. — Deux cas de tumeur de la mamelle chez l'homme. — Quelques mots sur la grenouillette et son traitement.

1° URANOPLASTIE. — Toute autoplastie, pour avoir chance de succès, a besoin de lambeaux, simples ou multiples, qui tiennent à une partie du corps voisine ou éloignée, qui soient de dimension convenable, mais plutôt trop grands que trop étroits, et qui soient enfin, comme dernière condition indispensable, pourvus d'une vascularité suffisante. Les tissus qui forment la *charpente fibro-muqueuse* de la voûte palatine et qui possèdent, dans leur épaisseur, de nombreuses artères destinées à la nutrition du squelette sous-jacent, ces tissus, dis-je, nous semblent se trouver dans les meilleures conditions anaplastiques que puissent exiger les restaurations du palais buccal, et qui nous expliquent, grâce à l'habileté avec laquelle le chirurgien sait en profiter, les séries de succès qui se présentent parfois à nous dans les hôpitaux.

Nous venons de voir deux beaux exemples d'uranoplastie suivie de guérison complète et rapide, l'un à Saint-Antoine, dans le service de M. Duplay, l'autre dans les salles de M. Richet, à l'Hôtel-Dieu. Ces deux malades, tous deux syphilitiques, avaient eu, à la suite de gommes palatines, une perforation elliptique de 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres dans le sens antéro-postérieur, et de 1 centimètre transversalement. Tous deux furent opérés par la *méthode en double pont* (méthode de M. Baizeau) qui consiste essentiellement à sculpter dans la muqueuse de la voûte palatine deux lambeaux parallèles au grand axe de la perforation qu'on laisse adhérer par leurs extrémités antérieure et postérieure, et dont on détache la face supérieure à l'aide d'un corps mousse, de la partie correspondante du squelette. Il n'y eut point de gangrène des lambeaux, et en moins de quarante-huit heures pour l'un, en moins de trois jours pour l'autre, la réunion était complète.

Dans cette autoplastie on a le soin de prendre, pour constituer les lambeaux, ainsi que l'a parfaitement indiqué M. Baizeau, toute la fibro-muqueuse du palais, et, comme le périoste adhère intimement à cette dernière, on ne peut s'empêcher en quelque sorte de faire malgré soi une ostéoplastie, ce qui est du reste se placer dans les meilleures conditions de succès : il faut aussi, comme le pratique M. Tillaux, pour écarter toute chance de sphacèle, disposer les deux grandes incisions latérales de façon à bien comprendre dans l'aire de chacun des deux lambeaux l'artère pala-

tine postérieure : alors, les tissus, loin de se gangrener, se gonflent et se boursouflent dans les premières vingt-quatre heures qui suivent l'opération, ce qui témoigne suffisamment de leur grande vitalité. Le temps qui consiste à inciser puis à décoller la muqueuse et son périoste est assez douloureux et peut donner lieu à une hémorrhagie abondante, puisque M. Legouest, dans deux cas, a été obligé de faire une application de glace sur la voûte palatine pendant vingt-quatre heures.

Nous nous rappelons également avoir vu en 1860, à l'hôpital des Cliniques, une jeune femme chez laquelle M. Richet avait essayé vainement pour une perforation palatine le procédé en volets (procédé de Krimer, adossement des deux surfaces saignantes, sutures passant par le nez). Il y avait eu sphacèle, dont une grande part pouvait être attribuée à la traction exercée sur les points de suture. Une seconde opération, faite par la méthode de M. Baizeau, fut couronnée de succès.

2° DEUX CAS DE TUMEUR DU SEIN CHEZ L'HOMME.—A. *Kyste sébacé du mamelon.*— Les tumeurs du sein chez l'homme sont une véritable rareté ; aussi doit-on s'empresser de faire connaître celles qu'on a la bonne fortune de rencontrer. Dans la thèse de M. Horteloup (agrégation en chirurgie, 1872), qui est la monographie la plus récente et la plus complète que nous possédions sur ce sujet, il n'est fait mention ni des tumeurs portant exclusivement sur le mamelon ni des kystes sébacés pouvant se rencontrer sur la mamelle de l'homme. Nous venons d'en observer un cas dans le service de M. Tillaux, à Lariboisière, chez un homme de 52 ans, qui en faisait remonter le début à quatre ou cinq mois. La tumeur, de la grosseur d'une petite noisette et d'un gris blanchâtre, avait pris naissance dans l'une des nombreuses glandes sébacées dont est pourvu le mamelon de l'homme aussi bien que celui de la femme, et avait fait prendre à ce mamelon le volume de celui d'une nourrice en état de turgescence. Ce qui rendait encore cette comparaison plus frappante, était la sortie, presqu'à l'extrémité de la tumeur, d'un liquide blanchâtre et crémeux qui n'était autre chose que la matière sébacée qu'une légère pression faisait sourdre aisément. Cette petite tumeur, extrêmement molle et fort douloureuse au toucher, avait, par irritation lymphatique, produit l'engorgement d'un des ganglions axillaires du côté droit. L'ouverture, l'excision partielle de la poche, qui était par trop adhérente pour qu'on pût la disséquer en totalité, et la cautérisation intérieure avec le crayon de nitrate d'argent, suffirent pour amener une guérison rapide.

B. *Mammite chronique gauche.* — La seconde tumeur que nous avons vue, chez un vieillard de soixante ans, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Richet, siégait dans la glande mammaire elle-même, si toutefois on peut, par analogie, donner ce nom à un organe si rudimentaire qu'il a été presque nié par certains anatomistes, et où le tissu fibreux prédomine de beaucoup sur le tissu glandulaire proprement dit. Dans cet exemple il n'existait pas de tumeur bien délimitée, bien

circonscrite, mais une tuméfaction diffuse de la mamelle, de la grosseur d'un petit œuf allongé et aplati, au développement de laquelle le malade assignait une origine traumatique, un coup de brancard qu'il avait reçu il y a sept ans environ. C'était surtout depuis trois mois, par suite de l'irritation incessante produite par l'usage de bretelles, que le mal avait pris un accroissement considérable : il n'y avait ni coloration anormale de la peau, ni aucun écoulement par le mamelon. La douleur spontanée était peu intense : c'était surtout à la pression et lorsque le malade reposait à gauche qu'elle le réveillait sous forme pongitive et lancinante. Aucun ganglion axillaire n'était pris. La lenteur qui avait présidé à l'accroissement du mal, le peu de retentissement que cette tumeur avait eu sur l'économie tout entière, et l'absence d'adhérence soit du côté de la peau, soit du côté du thorax, nous ont porté à croire qu'on avait affaire, chez ce malade, à une néoplasie chronique de nature inflammatoire pouvant très-bien admettre pour cause première le traumatisme accusé par cet homme. L'iodure de potassium fut administré pendant quelque temps, sans aucune amélioration. La tumeur resta stationnaire et, comme elle ne réclamait pas une opération d'urgence de la part du chirurgien, le malade quitta l'hôpital dans le même état.

3° Plusieurs exemples de grenouillette. — En ce moment, les exemples de grenouillette abondent dans les hôpitaux; dans l'espace de quelques jours, nous en avons rassemblé 11 cas, et en en faisant une étude comparative, nous avons pu nous convaincre que ces kystes sont loin de présenter toujours une identité parfaite dans leurs symptômes, leur nature, leur marche et leur durée. De plus, la diversité des méthodes qui leur ont été appliquées depuis longues années, nous a paru singulièrement confirmer l'idée que nous avions déjà, à savoir, que la quantité innombrable de procédés imaginés pour la cure de cette affection témoigne des inconvénients ou de l'inefficacité de la plupart d'entre eux.

Sur ces onze cas, neuf appartenaient au sexe féminin; ce qui vient à l'appui de ce qu'ont avancé, mais sous forme de supposition seulement, les auteurs du *Compendium de chirurgie*.

Dans l'un d'eux (petite fille de 10 ans, du service de M. Richet, Hôtel-Dieu), la saillie, du côté droit, n'était pas uniformément arrondie, mais bien conique, digitiforme, semblant presque s'ériger dans certaines contractions du plancher buccal; de plus, la poche se vidait d'une façon spontanée de temps à autre, surtout lorsqu'elle était remplie à l'excès. Cette rupture spontanée, qui est assez rare, s'expliquait ici par la minceur des parois de la grenouillette, car on a vu souvent cette affection acquérir le volume d'une grosse noix, d'un œuf de poule, sans donner lieu cependant à aucune déchirure. On peut dire, lorsqu'on rencontre ce phénomène insolite, qu'on a affaire à une *grenouillette intermittente*.

Ces deux caractères anormaux, forme en *doigt de gant* et *rupture spontanée*, ont

été également observés par nous chez un jeune homme (service de M. Gosselin Charité), où cette disposition provenait très-probablement de l'absence de plusieur dents inférieures du côté de la poche kystique. Chez lui l'ouverture spontanée inter mittente de la grenouillette ne produisait aucun soulagement momentané, comm cela peut avoir lieu en pareille circonstance, parce que le kyste, trouvant à l'éta ordinaire un débouché facile au niveau du vide laissé par l'absence des dents, s'en gageait dans cet espace. Chaque fois que ce jeune homme mangeait, le rapproche ment des mâchoires ne manquait pas de presser sur la poche; peut-être même que l' fait de ces contusions répétées n'était pas étranger à la rupture spontanée dont ell était parfois le siége.

Dans un cas (jeune femme du service de M. Tillaux, Lariboisière), la grenouillett était très-tendue et bilobée. Enfin, dans le service de M. Péan (Saint-Louis), nou avons eu sous les yeux un bel exemple de *grenouillette sus-hyoïdienne*, chez un jeune fille de 21 ans, datant de trois mois et ayant acquis, dans un laps de temp relativement assez court, un développement très-considérable. Le kyste proéminai à la fois au niveau du plancher de la bouche et sous le côté gauche de la mâchoir inférieure. Le segment sous-maxillaire avait le volume d'un gros œuf de dinde au moins, et il était extrêmement facile, à l'aide d'un doigt placé sous la langue et d'u autre situé sur la peau, de se renvoyer l'ondulation. La pression sur la poche infé rieure faisait bomber manifestement tout le côté gauche du plancher buccal, et, dan ce mouvement, on sentait le contenu liquide du kyste fuir en quelque sorte sous l pression digitale. Malgré le développement de cette grenouillette, la malade ne pré sentait aucun symptôme d'asphyxie, pas le moindre phénomène de suffocation. Ell ne manifestait aucune douleur, aucune gêne, et ne s'inquiétait que d'une chose, l difformité. Un caractère particulier et bon à noter qu'elle nous a accusé, c'est l *diminution considérable de la tumeur au moment de chaque époque menstruelle* Avait-on affaire à une grenouillette sus-hyoïdienne ordinaire, ou bien à cett variété de *grenouillette sanguine* qui a été décrite, il y a quelques années, par M. l professeur Dolbeau, et y avait-il communication d'un ou de plusieurs points de l poche avec les veines ranines? C'est une question qui n'a malheureusement pa pu être tranchée, la malade étant pusillanime et ayant refusé énergiquement tout espèce d'intervention chirurgicale.

Comme grenouillette insolite, citons encore, mais sans donner aucun détail, ca nous n'en avons pas été le témoin, un cas d'*hydatide* du plancher buccal analogu à celui qui a été décrit par M. Maurice Laugier dans les *Archives de médecine* (1871) et que M. Richet nous a communiqué de vive voix : il s'agissait d'une tumeur kys-tique sublinguale prise par ce professeur pour une grenouillette, et qui donna lieu au moment où il allait faire la cautérisation après l'excision de la paroi, à l'expulsion brusque d'un noyau arrondi, blanchâtre, qui n'était autre qu'une acéphalocyste.

Un nouveau cas de ce genre s'est offert à nous tout récemment, dans le service de M. Tillaux, à Lariboisière. Comme les faits de cette nature sont bien rares dans la science, nous nous empressons d'en donner communication : il s'agissait encore d'une femme (32 ans) et d'un kyste sublingual, situé aussi à droite. Il datait de deux ans environ, avait débuté, affirmait la malade, d'une façon brusque (elle spécifiait en quelque sorte le jour de son développement) et avait acquis la grosseur d'un œuf de dinde. A plusieurs reprises, cette femme fut prise de suffocation ; car la tumeur, en acquérant ce volume considérable, avait repoussé fortement la langue du côté de la voûte palatine. Les dents de la mâchoire supérieure avaient laissé leur impression sur la surface muqueuse de la tumeur, qui paraissait œdématiée et épaissie. La tension et le développement de la poche étaient si prononcés, que le plancher buccal se trouvait déprimé à droite, au-dessous de la mâchoire inférieure. Au moment où M. Tillaux pratiqua l'excision de la paroi kystique, il fit remarquer l'épaississement considérable de cette paroi, qui criait sous le tranchant des ciseaux, et fut étonné de voir s'écouler le liquide (clair et transparent comme de l'eau de roche) caractéristique des tumeurs hydatiques : il retira aussitôt une assez grande quantité de pellicules blanchâtres (débris d'acéphalocystes) sur la nature desquelles l'examen histologique ne laissa aucun doute. Le traitement fut, du reste, le même; après l'excision de la paroi, on cautérisa profondément et bien largement l'intérieur de la poche. Huit jours après, cette dernière s'était complétement affaissée et suppurait encore un peu ; mais la malade, se regardant comme guérie, demandait son *exeat*.

Rien n'est plus varié, avons-nous dit en commençant, que la *thérapeutique* de la grenouillette ; nous pouvons ajouter, sans craindre d'être démenti, rien n'est aussi plus sujet à des déceptions de toute espèce. Toutefois, la majorité des chirurgiens de nos jours semble s'être ralliée à la méthode, simple, commode et souvent efficace, de l'*excision* de la paroi kystique suivie de la *cautérisation*, à l'intérieur, avec le crayon de nitrate d'argent; cependant, il en est qui essaient encore le séton, d'autres ont de la préférence pour les injections de diverses natures; d'autres enfin suivent le procédé autoplastique de M. Forget, qui consiste à exciser la muqueuse, et, après avoir incisé le kyste crucialement, à suturer chacun de ses points cardinaux avec cette muqueuse.

C'est le professeur Laugier qui, il y a près d'un demi-siècle (Emploi du séton dans le traitement de la grenouillette, 1829, *Journal hebdomadaire*), a proposé de traiter cette affection par un petit *séton* fait d'un cordonnet de soie d'environ une ligne de diamètre, dont l'anse est nouée sous la langue, d'une manière lâche afin de ne pas étreindre les parties comprises. Les deux bouts, coupés court, sont laissés dans la bouche. M. Richet a fait, sur la petite fille dont nous avons parlé plus haut, l'essai de ce procédé qui n'a déterminé chez elle aucune inflammation buccale, mais qui

n'a pas été suivi de succès, parce que, dans un des mouvements de mastication, le fil est tombé au bout de quelques jours.

Nélaton préférait l'évacuation à l'aide d'un trocart, puis l'*injection* de teinture d'iode, de vin, d'alcool ou d'eau-de-vie, et attribuait, avec raison, les insuccès à ce qu'après la sortie du liquide il restait encore dans ce kyste une petite quantité de liquide visqueux, qui empêchait le contact du liquide modificateur sur tous les points de la paroi interne; aussi Denonvilliers recommandait-il, après l'issue du contenu, de laver avec soin l'intérieur du kyste avec de l'eau avant de pousser l'injection. M. Verneuil, pour que cette évacuation soit pratiquée aussi complétement et d'une façon aussi inoffensive que possible, emploie la seringue aspiratrice; de cette façon, la teinture d'iode injectée ne se trouve pas mélangée à une petite proportion du contenu restée dans la poche.

Les substances employées jusqu'à ce jour, et j'ajouterai les seules auxquelles on doive avoir recours, sont les liquides iodés ou alcooliques, et nous serions bien tenté de rejeter, comme méthode éminemment dangereuse, l'usage du chlorure de zinc liquide que M. T. Anger, suppléant M. Dolbeau à Beaujon, a essayé avec autant de hardiesse que de bonheur pour un cas de grenouillette du côté droit, à la fois sublinguale et sus-hyoïdienne, chez une femme d'une quarantaine d'années. Quatre gouttes de ce puissant caustique furent injectées dans la poche. Sans évacuation préalable du contenu, pendant la nuit qui suivit l'opération, les douleurs furent atroces et le gonflement énorme, puis, au bout de quelques jours, tout symptôme alarmant se calma et sans qu'on eût vu sortir la moindre goutte du liquide intra-kystique, sans qu'il fût survenu de suppuration, la tumeur disparut, et la guérison, depuis plus d'un mois, ne s'est pas démentie. Nous avons su, depuis, que M. Dolbeau avait répété la même opération chez une autre malade, et avait également réussi. Dans ce cas, deux gouttes de chlorure de zinc furent seulement injectées.

C'est, comme nous l'avons dit, l'*excision* suivie de *cautérisation* qui est le procédé mixte en vogue aujourd'hui. M. Gosselin, qui en est le promoteur, saisit la partie la plus proéminente du kyste avec un ténaculum, et excise d'un coup de ciseaux courbes la paroi immédiatement au-dessous de l'instrument. Il fait suppurer et granuler le restant de la poche par des cautérisations successives avec le nitrate d'argent. Les jours suivants, il empêche l'oblitération de l'ouverture en *tourmentant* la plaie, écartant les lèvres l'une de l'autre et cautérisant de nouveau. L'inflammation, d'après ce professeur, est généralement modérée, et la suppuration peu abondante.

Bien que cette méthode nous semble, d'une façon incontestable, mettre plus sûrement les malades à l'abri d'une récidive, elle est loin, cependant, d'être exempte de tout danger. M. L. Le Fort, qui a observé, à la suite de cette opération, un gonfle-

ment allant jusqu'à produire de la suffocation, nous a paru hésiter après avoir excisé la paroi kystique chez une malade de Beaujon, et a attendu quelques jours avant de porter le crayon d'azotate d'argent dans l'intérieur de la poche. Enfin, nous venons de voir dans le service de M. E. Cruveilhier, à Saint-Louis, deux malades atteintes de grenouillette sublinguale et chez lesquelles l'excision avec cautérisation n'a été suivie de succès qu'après avoir donné lieu à des accidents de suppuration sus-hyoïdienne qui n'ont pas laissé que d'être fort inquiétants.

L'une d'elles, une femme de 29 ans, à la suite d'excision et de cautérisation d'une grenouillette siégeant à gauche et datant d'un an, fut prise de suppuration abondante de la poche; malgré l'incision intra-buccale, l'abcès apparut au bout de quelques jours au-dessous de la mâchoire inférieure, et nécessita le passage d'un tube à drainage de l'intérieur de la bouche à l'extérieur. Au bout de six semaines elle sortit de l'hôpital, complétement guérie.

La seconde malade, âgée de 28 ans, portait une grenouillette droite remontant seulement à deux ou trois mois. Elle fut opérée une première fois par M. E. Cruveilhier et quitta le service parfaitement guérie en apparence. Au bout d'un mois elle rentrait, racontant que la veille, pendant son repas, elle avait senti se produire subitement au-dessous de la langue une tuméfaction, si prononcée qu'elle fut prise de suffocation (ce début brusque s'observe assez souvent dans ce genre d'affection). Le chirurgien lui pratiqua une seconde fois l'excision et la cautérisation. Au bout de quelque temps on vit apparaître, au-dessus de l'os hyoïde et immédiatement sur la ligne médiane, du gonflement, de la rougeur et de la fluctuation dont le siége était le ganglion sus-hyoïdien. Cette adénite suppurée fut ouverte, et la malade sortit en parfait état.

Ce dernier exemple nous démontre encore qu'en fait de thérapeutique de la grenouillette (excision avec cautérisation, injection, méthode autoplastique, etc.), il faut bien se garder de conclure trop vite à un succès complet, et ne hasarder le mot de guérison radicale que lorsque des mois, des années même se sont écoulés sans amener de récidive.

———

XVIII

Sommaire. — Corps étrangers du tube digestif (cas de fourchette et de roulette introduites dans l'estomac). — Aiguille introduite dans la cavité du péricarde.

Corps étrangers du tube digestif. — Les exemples de corps étrangers du tube digestif sont loin d'être rares, et les annales de la science en renferment une quantité immense, aussi remarquables par les circonstances dans lesquelles ces divers corps ont pénétré dans les voies digestives que par l'impunité fréquente avec laquelle ils ont pu séjourner parfois très-longtemps, puis librement circuler dans le conduit intestinal, pour être expulsés souvent par l'anus, à la stupéfaction du patient, du praticien dont le rôle inoffensif se réduit le plus souvent à l'expectation, et des parents et amis, si consternés au moment où l'accident se produit.

Loin de nous de vouloir reprendre et discuter dans cette *Revue* toutes ces observations plus fantaisistes que réellement chirurgicales : les personnes qui voudront être édifiées sur les variétés infinies de forme, de nature, de volume, de longueur et de consistance de tous ces corps, et sur les accidents divers qui les accompagnent, n'auront qu'à lire le remarquable article de P. Bérard (*Dict. en* 30 *vol. :* Estomac), qui a tiré de l'examen de ces observations des propositions générales fort judicieuses, et surtout consulter avec fruit le curieux mémoire de Hévin (*Observations sur les corps étrangers arrêtés dans l'œsophage et dans la trachée-artère*, *avec les remarques sur les moyens qu'on a employés ou que l'on peut employer pour les enfoncer ou pour les retirer.* — Acad. roy. chirurg., 1761, p. 444). C'est, comme l'auteur l'annonce lui-même dans son style original, un *tissu d'observations*, mais un tissu bien bizarre qui pourrait se résumer en ces mots : *Tout ce qui est susceptible par son volume de cheminer dans le calibre œsophagien a été introduit dans l'estomac*, depuis le simple noyau, l'épingle la plus ténue et la pièce de monnaie la plus petite, jusqu'aux ciseaux, rasoir, alène de cordonnier, couteau, lame de sabre, flûte, etc.

Cette question, toutefois, nous semble offrir un intérêt assez grand pour qu'il ne soit point inutile de consigner les faits nouveaux au fur et à mesure qu'ils se produisent. En 1871, l'Union Médicale en rapportait deux exemples, dont l'un (pièce de cinq francs en argent saisie à l'aide des dents par un nageur, et avalée par lui au moment où il faisait la planche) avait été communiqué par M. Bonnet de Malherbe; dont l'autre, tiré de la thèse du docteur Dechaux (1842), est relatif à un enfant de 2 ans ayant avalé également une pièce de cinq francs en argent, qui, au bout de

plusieurs jours, fut rendue par l'anus sans avoir déterminé aucun trouble inquiétant. Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* (1872 et 1873) en consigne plusieurs autres, mais qui n'ont trait qu'à de simples pièces de monnaie. Plus récemment, la *Gazette hebdomadaire* et la *Gazette médicale* (10 et 11 avril) ont fourni aussi leur contingent. Enfin, il y a quelques jours, l'UNION MÉDICALE (9 et 11 avril) a publié deux exemples de *fourchette avalée :* dans l'un de ces cas, communiqué par M. Baillarger, il s'agissait d'un aliéné dans l'estomac duquel on retrouva le corps, après suicide, au bout de cinq ou six ans; dans l'autre, une femme, prise d'une singulière idée, avait avalé sa fourchette dans un mouvement de contrariété; quelques mois après, le corps se présentant derrière la paroi abdominale, on fit une incision qui lui permit de sortir, et la malade guérit parfaitement.

Ces deux dernières observations ont été envoyées à l'UNION parce que l'attention venait d'être attirée sur un cas plus récent qui s'est offert à M. Labbé, dans son service de la Pitié, où nous l'avons observé. Jusqu'à présent, on n'a guère connu ce fait que par de courts récits plus ou moins véritables, mais sans savoir dans quelles circonstances il s'était produit et quels troubles la présence du corps avait déterminés. Comme nous avons eu la bonne fortune d'assister hier (15 avril 1874) à la communication officielle que M. Labbé a faite à la Société de chirurgie, nous pouvons, en connaissance de cause, donner sur ce malade des détails qui nous ont paru de quelque intérêt, et à côté desquels nous croyons à propos de rapporter un fait des plus curieux de *roulette* avalée par un enfant de 5 ans, qui a été communiqué à la Société de médecine de Paris (séance du 11 avril 1874), et que M. de Saint-Germain a eu l'obligeance de nous transmettre. Voici le premier exemple :

1° Un jeune commis de magasin, de 18 ans, ayant assisté dans une foire aux tours de force d'un de ces bateleurs, coutumiers du fait, qui avalent les sabres, voulut par forfanterie se livrer au même exercice devant ses camarades qui l'en défiaient, et paria qu'il introduirait une fourchette tout entière dans son gosier. Elle fut poussée profondément dans les voies digestives par l'extrémité arrondie du manche, tandis que les dents incisives des deux mâchoires rapprochées retenaient son extrémité antérieure. Ce jeune homme répéta son pari à plusieurs reprises; mais, une dernière fois, ayant fait un mouvement brusque en arrière, il écarta involontairement les maxillaires, laissa échapper la fourchette et fut pris immédiatement d'une terreur profonde en sentant le corps étranger descendre dans le pharynx. Ses camarades, effrayés également, lui font subir des manœuvres brutales qui n'ont pour effet que de déplacer la fourchette et de déterminer quelque crachement de sang. Le docteur L..., appelé auprès de ce jeune imprudent, peut sentir avec les doigts introduits dans l'arrière-gorge ce corps étranger, se garde bien d'exercer des pressions intempestives et essaye de le retirer avec une longue pince à polype. Il a le bonheur de le saisir, commence à l'attirer au dehors en faisant effort, car il sent

parfaitement que l'œsophage se contracte convulsivement pour retenir sa proie. Il allait peut-être réussir à débarrasser le malade, lorsque ce dernier, malgré les recommandations pressantes qui lui avaient été faites de rester immobile, pris subitement d'une douleur extrêmement aiguë, se jette en avant, les deux poings fermés, sur le médecin qui tombe à la renverse et arrache les pinces de sa bouche. Instantanément il sent la fourchette descendre, sa face se congestionne pendant quelques secondes, puis tout cesse, un bien-être soudain a lieu, le corps étranger était arrivé à destination dans la cavité stomacale; le malade s'écria alors : « Je ne ressens plus rien. »

C'est dans cet état qu'il entra dans le service de M. Labbé, qui crut opportun de faire une exploration avec la songe œsophagienne, mais n'arriva pas au contact métallique. Quelque temps après, l'exploration fut répétée et la constatation de la présence du corps fut acquise, grâce à l'emploi de l'ingénieux instrument que nous décrirons plus loin. La palpation épigastrique ne révéla rien d'anormal. Pendant les premiers jours, ce corps étranger volumineux et piquant ne détermina absolument aucun symptôme inquiétant. Au bout de six jours seulement, le malade accusa une douleur épigastrique bien nette et plus vive lorsque la cavité stomacale se trouvait vide, comme, par exemple, le matin au réveil; ces souffrances diminuaient, puis disparaissaient à mesure que les aliments pénétraient dans l'estomac. Deux jours après, le lieu de la douleur changea et ce fut du côté gauche, au niveau de la grosse tubérosité de l'organe, que ce jeune homme ressentit une douleur poignante lui faisant dire que c'était bien là que se trouvaient les dents de la fourchette; cette sensation persiste encore, et, si on vient à presser en ce point la paroi abdominale, on fait éprouver une douleur si vive au patient qu'il prie instamment de ne pas continuer l'exploration; toutefois, on ne sent pas distinctement la présence du corps étranger. Une seule fois des coliques passagères se sont fait ressentir. Aujourd'hui (dix-huitième jour) l'état général est excellent : on cherche, du reste, à rassurer le malade, en lui disant que le plus fâcheux accident qui puisse lui arriver est un abcès par où sortira la fourchette. Quant au chirurgien, il se borne à l'*expectation* et rejette, au moins pour le moment, l'idée d'une gastrotomie.

Avant d'émettre quelques réflexions sur les corps étrangers du tube digestif, leur marche, les conséquences parfois graves auxquelles ils donnent lieu et la thérapeutique raisonnée qu'il est sage de leur appliquer, qu'on nous permette de relater le fait de M. de Saint-Germain, qui a trait à une *roulette avalée* par un jeune enfant de 5 ans et rendue par l'anus dix-sept jours après l'accident.

ROULETTE AVALÉE PAR UN ENFANT DE CINQ ANS ET EXPULSÉE PAR L'ANUS DIX-SEPT JOURS APRÈS. — Nous rapprochons à dessein de l'observation de M. Labbé que nous venons de décrire, le cas suivant que M. de Saint-Germain a eu la bonté

de nous communiquer, et qui nous a paru d'autant plus intéressant qu'il est le premier de ce genre et qu'il s'est terminé par une guérison complète.

Vers la fin de février, ce chirurgien fut appelé en toute hâte par une de ses clientes dont le fils, disait-elle, venait d'avaler une roulette. Il arrive au milieu d'une famille absolument consternée. La victime, ou le coupable, semblait seul ne point partager ce trouble général. Deux heures auparavant, environ, ce garçon, âgé de 5 ans 1/2, turbulent, tapageur et taillé en force, s'était présenté devant ses parents et leur avait déclaré qu'il venait d'avaler une des roulettes du mouton qui lui avait été donné pour ses étrennes; confession qui fut, comme on le pense, suivie d'une panique générale.

M. de Saint-Germain examina le gamin, qui ne paraissait point du tout se douter de la gravité de sa situation; il le retourna en tous sens, le palpa avec le plus grand soin, mais ne put rien découvrir ni déterminer chez lui la moindre sensation de douleur à la pression sur l'épigastre. Il le fit boire devant lui et vit qu'il avalait avec la plus grande facilité; de plus, prétendant que l'heure du dîner était passée depuis longtemps, le petit bonhomme réclamait à manger.

Devant ce calme absolu, le chirurgien se mit à douter de l'authenticité de l'ingurgitation de la roulette, et fit part de ses doutes aux parents, qui répondirent gravement que leur fils ne mentait jamais. Quoi qu'il en soit, M. de Saint-Germain se borna à l'expectation. Le lendemain, rien; le surlendemain, pas davantage. Le quatrième jour, le chirurgien, demandé parce que l'enfant accusait d'assez violentes coliques, prescrivit un purgatif qui soulagea complétement le petit malade; puis ce fut tout.

Toutefois, désirant, malgré la presque certitude où il était que rien n'avait été avalé, tirer la chose à clair, M. de Saint-Gemain chloroformisa l'enfant et put palper à son aise les régions épigastrique et abdominale; il ne perçut aucune sensation du corps étranger; il songea alors à compléter son enquête par l'examen des trois roulettes sur lesquelles se portait encore le mouton, cause première de tout le mal. C'était (le fait ne manque pas d'importance) un magnifique jouet, extrêmement soigné dans tous ses détails, et voici ce qui fut constaté : Chacune des pattes recevait à son extrémité inférieure une longue pointe de fer acérée, se terminant à l'extrémité libre par une gorge étroite qui retenait une petite roue en cuivre tournant sur son axe avec la plus grande facilité. Le tout mesurait environ 7 cent. 1/2. La déglutition d'un semblable engin sembla au chirurgien incompatible avec les dimensions de l'arrière-bouche d'un enfant de 5 ans 1/2; aussi persista-t-il dans son premier septicisme et cessa-t-il de voir le malade.

Une douzaine de jours s'écoulèrent, et il commençait à croire qu'il avait diagnostiqué juste, lorsqu'une après-midi (dix-sept jours après l'accident) la mère se pré-

cipita dans son cabinet, triomphante, et tenant dans la main la roulette introuvable. Elle avait mis le matin son enfant sur le pot et avait entendu le choc du corps étranger sur la porcelaine. Voici comment se présentait à l'examen le corps du délit :

Toute la partie composée de cuivre était noire, la pointe d'acier, légèrement oxydée, n'avait rien perdu de son acuité. Comment une pareille alène avait-elle pu traverser l'œsophage, l'estomac, l'intestin sans accident, c'est ce que M. de Saint-Germain a cherché à expliquer d'une façon sinon indiscutable, du moins assez ingénieuse pour pouvoir trouver sa place ici. En tournant et retournant la roulette entre ses doigts, il constata qu'il lui était impossible de la serrer par ses deux extrémités entre le pouce et l'index, de façon à ce que la pointe causât à la pulpe du doigt une certaine douleur. En effet, dès que la pression s'accentuait un peu, le jeu de l'instrument était si doux, si parfait, que la roulette tournait et prenait la tangente. Un phénomène analogue s'était-il produit au sein des viscères? C'est là une hypothèse qu'il ne lui a pas paru déraisonnable d'admettre, et il arriva à cette conclusion que la roulette, doucement pressée par les parois stomacales ou intestinales, n'avait jamais pu se placer perpendiculairement à leur axe et avait glissé, son extrémité la plus lourde en avant, jusqu'à son émission complète.

Quant à l'enfant, il n'a présenté aucun accident et il jouit d'une santé parfaite.

— Comme le prouvent les deux exemples que nous venons de rapporter et bien d'autres qui existent dans la science, des corps fort volumineux, mais plus longs que larges, peuvent même, chez l'enfant, être introduits, séjourner et cheminer dans les voies digestives.

Les *phénomènes immédiats* qu'ils déterminent, une fois qu'ils sont tombés dans la cavité stomacale, sont généralement nuls, si bien que si on n'a pas été témoin de l'accident on peut élever des doutes sur l'authenticité de cette introduction. Est-il bien nécessaire, du reste, comme l'ont fait remarquer plusieurs membres de la Société de chirurgie, de chercher à s'assurer de la présence du corps étranger par des manœuvres souvent douloureuses et qui sont loin d'être toujours inoffensives? Mieux vaut s'abstenir, à notre avis, et, dans le doute, ne pas se prononcer contre la possibilité de l'introduction du corps dans les voies digestives, alors même qu'il n'existe aucun trouble et que l'exploration de la paroi abdominale ne fournit qu'un résultat négatif.

Quoi qu'il en soit, M. Labbé s'est servi, pour faire cette exploration stomacale, d'un instrument ingénieux construit par M. Colin, et qui lui a permis de constater l'existence du corps étranger; il est construit sur le même principe que les cathéters (Dolbeau, Thompson) destinés à faciliter le diagnostic des calculs vésicaux et composé : 1° d'une boule métallique stomacale transmettant le choc à 2° une longue tige éga-

ement métallique, à l'extrémité de laquelle se trouve 3° un tambour pour renfoncer e son, et, enfin, 4° d'une tige terminée par une boule d'ivoire, que le chirurgien place dans son conduit auditif externe.

Un autre instrument également commode construit par M. Guéride et ressemblant à une sonde de Belloc gigantesque, permet d'explorer la surface interne de l'estomac sur une grande étendue en imprimant au ressort terminé par une boule métallique des mouvements de circumduction.

Toutefois, dans ces explorations pratiquées à l'aide d'instruments rigides, on doit prendre garde de ne pas se laisser induire en erreur soit par le contact de la partie antérieure de la sonde avec les dents, soit par le frôlement de la tige dans sa gaîne; en un mot, il est indispensable que l'instrument ne donne aucune autre sensation de frottement que celui du corps lui-même. On pourrait également, comme M. Trélat en a émis l'idée, si on veut arriver au diagnostic exact, mettre l'intérieur de l'estomac en contact avec les rhéophores d'une pile thermo-électrique : mais, je le répète, ce n'est là en quelque sorte qu'un diagnostic de pure curiosité.

Lenoir, il y a une vingtaine d'années, a attiré l'attention de la Société de chirurgie sur les erreurs de diagnostic auxquelles ces corps introduits dans les voies digestives, souvent même à l'insu des malades, peuvent donner lieu; entre autres exemples, il cite une jeune fille qu'il avait vue à la consultation de l'hôpital des Cliniques, et qui, pendant deux ans, avait couru les hôpitaux pour être soulagée de douleurs d'estomac qu'on rapportait à l'*existence d'une gastrite*, et chez laquelle un examen attentif de la région épigastrique fit reconnaître la présence d'une aiguille placée sous la peau et dont l'extraction fut suivie d'une guérison complète.

Les *troubles consécutifs* auxquels donne lieu la présence des divers corps étrangers dans le tube intestinal, et la durée de leur séjour dans ce conduit, sont très-variables et dépendent d'une foule de circonstances inhérentes, soit au corps lui-même, soit au patient. A cet égard on ne doit pas poser de règle absolue, car ce côté de la chirurgie offre en quelque sorte de l'imprévu presque à chaque pas; toutefois nous pouvons dire, en général, que plus le corps est volumineux, plus il est acéré, irrégulier, raboteux, tranchant, plus les accidents sont à craindre. Cependant nous voyons dans Hevin le cas d'un officier espagnol qui avala, le 27 mars 1714, une fourchette de table dont il se servait pour se nettoyer, avec l'extrémité du manche, la racine de la langue (singulière habitude), et qui la rendit par l'anus le 20 juin 1715, après avoir offert différents troubles, à plusieurs reprises, dans la fosse iliaque, dans les intestins et dans l'aine; nous voyons également dans l'exemple de M. de Saint-Germain un corps très-volumineux être rendu sans accident au bout de dix-sept jours, et cela chez un tout jeune enfant. Par contre, nous observons que des corps d'un calibre bien moindre, tels que noyaux de prune ou de cerise, sont parfois la

cause, soit du côté du cœcum, soit dans l'S iliaque et le rectum, de suppurati qui ont entraîné la mort des malades.

Les corps durs, bien que d'un volume assez petit, peuvent, par leur nombre et se tassant dans le même endroit, déterminer des accidents funestes. Hevin, en eff cite encore un homme portant une tumeur fort dure à l'hypogastre, et qui lui occ sionnait des douleurs vives dans tout l'abdomen. A l'autopsie, on trouva le col sphacélé et ouvert; cet intestin était distendu par un amas de noyaux de prunes de cerises qui pesait plus de 3 livres; on trouva aussi dans cet intestin 40 balles plomb que cet homme avait avalées de temps à autre dans l'intention de se soulage Dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* (décembre 1873), il est dit q M. Féréol a observé à la Maison de santé un charcutier qui fut apporté dans s service avec tous les signes d'une péritonite et d'une pérityphlite grave. Ce mala succomba, et, à l'autopsie, on trouva une perforation intestinale siégeant sur l'a pendice vermiculaire du cœcum, perforation ou perte de substance en partie obtur par un petit corps arrondi, gros comme une *semence de ricin*. Ce petit corps éta constitué par la réunion de deux ou trois petits poils enchevêtrés et agglutinés l'aide d'une sorte de ciment composé de matière grasse et de phosphate calcaire.

A ce sujet, M. C. Paul a fait remarquer que chez les enfants la tolérance c cœcum pour les corps étrangers est plus grande que chez les adultes, et il en donné l'explication suivante : il a vu, en effet, à Erlangen, plusieurs pièces ana tomiques habilement préparées par Gerlach, montrant que l'appendice vermiculai est pourvu, à son orifice cœcal, d'une valvule l'obturant complétement. Mais cet valvule, dit-il, n'existe que dans l'enfance et l'adolescence; chez l'adulte, elle disparu, ce qui permet de supposer que, chez ce dernier, les corps étrangers d'u petit volume puissent plus aisément pénétrer dans la cavité de l'appendice pour provoquer des désordres. Quelle qu'en soit l'explication, le fait anatomique ne no semble pas d'une vérité exactement rigoureuse, car nous avons fait nous-même, l'École pratique, quelques recherches sur le cœcum qui nous ont permis de no assurer que cette valvule, dont parle Gerlach, existe assez souvent chez l'adulte.

De tous les corps étrangers qui ont pénétré dans les voies digestives, ceux q sont incontestablement les plus fréquents sont les pièces de monnaie (d'argent, d'o de cuivre, liard, sou, etc.). On en voit, dans les nombreuses observations relaté dans la science, qui ont séjourné des semaines, des mois, des années même, et o est, à juste titre, étonné du peu de désordre qu'elles ont occasionné par leur pr sence. M. Blondeau, à la Société de médecine de Paris, mentionnait encore, to récemment, l'exemple d'un enfant qui avait avalé un sou depuis quelques année qui n'en avait jamais souffert, et qui, pourtant, ne l'avait pas encore rendu par l selles.

L'innocuité de ces substances fortement oxydables est fort remarquable, et,

propos, nous rappellerons un fait rapporté par Becquerel à l'Académie des iences, en 1846, et qui n'est pas sans quelque intérêt pour la physiologie : il agissait d'un chien qui avait, douze ans auparavant, avalé en jouant deux pièces e monnaie, une pièce de 5 francs et un gros sou de métal de cloche; il n'en fut ullement incommodé ni dans le moment ni plus tard. A l'autopsie, on trouva ans l'estomac les deux pièces de monnaie mêlées aux débris du dernier repas. La èce de 5 francs, dont la surface n'était pas visiblement altérée, pesait 23 gr. 425, u lieu de 25 gr. Le gros sou, au contraire, était notablement altéré; il était devenu ès-mince et était recouvert d'une matière noire, de sulfate de cuivre probablement; ne pesait plus que 5 gr. 505 au lieu de 20 gr. Il est probable que si l'animal eût écu plus longtemps, la pièce de cuivre aurait fini par disparaître en totalité, sans voir produit aucun désordre dans l'économie. Relativement à la diminution de olume du corps étranger, par le fait de son séjour dans la cavité de l'estomac, nous terons encore le fait de ce matelot anglais, rapporté par M. Peter, qui mourut 'une gastrite chronique ulcéreuse déterminée par la présence d'un de ces couteaux ppelés vulgairement *eustache* et qu'il avait avalé plusieurs années auparavant. Le anche avait disparu presque en totalité et les lames du couteau étaient devenues, our ainsi dire, des lames de canif.

Au point de vue de la tolérance, les aliénés se rapprochent, du reste, des animaux. M. Moutard-Martin (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1873) a u, par exemple, une femme démente qui avait ingurgité sept pièces de monnaie de n sou ou de deux sous sans la moindre difficulté. Toutes ces pièces furent retrouées dans les garde-robes à des époques différentes. Trois passèrent au bout de eux jours, les autres plus tard; il fallut neuf jours en tout pour que l'émission fût mplète; il n'y eut d'ailleurs aucun accident. Hévin cite encore un enfant de ans qui rendit par l'anus un jeton de cuivre qu'il avait avalé un an auparavant, et ui ne lui causa aucune incommodité.

Ce que nous pouvons dire, au point de vue des *troubles consécutifs*, c'est que ntôt ils sont complétement nuls; tantôt le corps manifeste sa présence par des hénomènes de médiocre intensité, un léger malaise, une sensation de pesanteur, uelques crachements de sang, des coliques, un peu de diarrhée ; tantôt enfin il éveloppe les accidents les plus graves, les plus formidables qui mettent bel et ien les jours du patient en danger de mort.

Comment sont expulsés les corps étrangers introduits dans les voies digestives? isons tout d'abord qu'il en est qui prennent droit de domicile dans leur intérieur, oit dans l'estomac, soit dans le cœcum, soit dans l'S iliaque, et qu'on ne retrouve u'après la mort. C'est par les quatre voies suivantes qu'ils peuvent sortir de l'économie (l'œsophage, le rectum, le paroi abdominale, l'appareil urinaire)

1° *Par les voies naturelles :* ils sont expulsés, soit à l'aide de vomissement pa partie supérieure, soit en cheminant dans le canal et arrivant jusqu'à l'anus.

2° *Par une voie artificielle :* ils sortent, ou bien en développant un phlegmon, abcès, une ulcération adhésive entre une partie quelconque du tube digestif et paroi abdominale, et par suite une ouverture extérieure où a lieu l'issue con cutive du corps, ou bien en se frayant, en raison de leur nature même, une voie ju qu'à l'une des cavités de l'appareil urinaire.

Il est assez rare de voir les corps étrangers d'un certain volume être rejetés par vomissement. Cependant Hévin cite le fait d'un homme qui rejeta, au bout de mois, deux pièces de monnaie de cuivre, et le cas bien plus curieux encore d' jeune homme qui, ayant mal aux dents, mit dans sa bouche un ducat d'or de P tugal, dans l'idée de calmer ses douleurs; il s'endormit et avala le ducat sa s'en apercevoir; à son réveil il ne retrouva point cette pièce dans sa bouche. bout de deux ans, la pièce sortit par la cavité buccale; une de ses faces était blanc comme si on l'eût frottée avec du mercure.

Il est, au contraire, beaucoup plus fréquent de les voir expulsés par le rectum, déterminant ou non, des désordres plus ou moins graves sur le trajet de leur pa cours. Tantôt ce ne sont que des coliques occasionnées par des contractions inte mittentes des parois intestinales, qui ont pour but de favoriser l'acheminement corps dans le tube digestif; tantôt la présence de ce corps est la cause d'irritati de la muqueuse, d'un flux intestinal exagéré, d'issue de matières sanguinolente enfin, on peut observer des phénomènes de gastro-entérite et de péritonite capabl d'entraîner la mort du malade : on se rappelle, en effet, l'exemple rapporté à Société de chirurgie de 1852 par M. Gosselin, suppléant Roux à l'Hôtel-Dieu, et q a trait à une pipe avalée par un homme, ayant déterminé des accidents très-grav et causé la mort, cinq jours après avoir été rendue par les selles.

La terminaison, d'abord par l'inflammation localisée à une région de l'abdom et occasionnée par le corps qui y a fixé son domicile, puis par la formation d' abcès et, enfin, par l'établissement d'une ouverture, soit spontanée, soit plutôt pr voquée, est aussi un artifice que la nature emploie pour donner issue au cor étranger, et qui a été assez fréquemment observé : cet abcès, qui détermine en constituant des adhérences salutaires permettant au chirurgien d'achever la gastr tomie ou l'entérotomie sans danger pour le péritoine, peut se rencontrer, soit da l'hypochondre, aux régions épigastrique ou ombilicale, soit au niveau du cœcum de l'S iliaque.

Dans un intéressant mémoire *Sur la migration des corps étrangers du tu digestif à travers les parois abdominales* (*Archives générales de médecine*, 1855 M. Peter relate seize observations, tant anciennes que récentes, où les corps o traversé la paroi abdominale en y déterminant, soit des tumeurs non phlegm

euses, soit des tumeurs phlegmoneuses, soit des fistules, cause de suppuration de ngue durée. L'issue tendrait plutôt à s'effectuer dans le voisinage du cœcum ou l'estomac, que dans tout autre point : ainsi, d'après ce dernier auteur, les meurs se montrent le plus souvent à l'aine droite ou dans son voisinage (6 cas), est-à-dire au niveau du cœcum et du côlon ascendant, ou bien dans le voisinage l'estomac, à l'épigastre (3 cas) et aux hypochondres (2 cas) ; deux fois, elles ont aru en des points divers; dans un seul exemple, à gauche de l'épigastre.

Nous rappellerons encore, comme mémoire et sans commentaire, l'observation 'une femme de 57 ans, atteinte de monomanie suicide (*Revue de thérapeutique*, er février 1853), qui avala une fourchette retrouvée près de quatre années plus ard dans la cuisse, derrière le grand trochanter, et qui succomba à la suite d'accients de suppuration.

D'autres fois, ces corps étrangers (épingle, aiguille, pied de mauviette, patte 'alouette, etc.), en venant s'engager dans une hernie, sont la cause de son irréducilité et de son étranglement. M. Peter relate deux cas de ce genre, qu'il a emruntés à J.-L. Petit et à Carboneau.

Enfin, comme dernier mode d'élimination, nous voulons citer celui qui a lieu ar l'appareil urinaire, dont Hévin, dans son mémoire, rapporte des faits bien urieux. Diemerbrock dit, entre autres, que sa femme avala une épingle de oyenne dimension qui se trouva dans ses aliments, et qu'elle la rendit trois urs après avec ses urines, sans avoir ressenti la moindre douleur. Une fille, d'après enedictus, avala par mégarde, en dormant, *une grosse aiguille à tête*, qu'elle rent, dix mois après, par la voie des urines, sans avoir été incommodée en aucune anière. Plater, Bartholin, Borel rapportent même des cas dans lesquels de petits selets, un noyau de pêche, un noyau de prune de Damas furent rendus par l'urère. C'est toujours par le mécanisme de la migration des corps pointus à travers les ssus, ou par suite de l'ulcération des parois de la vessie par la pression des corps us gros et raboteux, que l'on peut expliquer ce passage, qui, au premier abord, raît bien singulier.

Nous pouvons dire que la *thérapeutique* applicable à ces corps étrangers est toute expectation, tant qu'ils demeurent dans les voies digestives, et doit se borner, soit conseiller quelque purgatif, soit à prescrire des aliments lourds, féculents, capables protéger les parois du canal contre les aspérités du corps, soit à combattre la astrite ou la gastro-entérite.—On doit surveiller le malade de près, et bien observer il ne survient pas une tumeur phlegmoneuse, qu'il faudrait ouvrir d'autant plus rgement que le corps est plus volumineux.—Quant à la gastrotomie primitive, je ois qu'on ne saurait être autorisé à la pratiquer, qu'il vaut toujours mieux attendre ue le corps introduit révèle sa présence par des symptômes inflammatoires, et ne

point imiter ce chirurgien, dont parle Hévin, qui retira de l'estomac d'un pay prussien un couteau que celui-ci avait avalé involontairement.

Aiguille introduite dans la cavité du péricarde. — Un exemple fort curi de corps étranger du péricarde, présenté mercredi dernier (22 avril 1874) à Société de chirurgie par M. Longuet, au nom de M. Gallard, son chef de service Pitié, nous montre que, si les aiguilles peuvent cheminer dans les tissus et y meurer même longtemps sans provoquer d'accident fâcheux, il en est qui, en rai de l'importance fonctionnelle de l'organe atteint, sont susceptibles de détermine mort du malade. Il s'agissait d'un garçon qui, en tombant avec une malle de c gence, reçut un coup violent sur la poitrine. Entré à l'hôpital, il ne présen aucune blessure et à peine quelques traces de contusion légère sur le thorax; au fut-il traité au point de vue médical : il sortit bientôt, puis rentra quelque ter après avec des vomissements et des accidents abdominaux qui le firent succoml sans que l'attention fût attirée par aucun trouble fonctionnel des organes thoraciqu

A l'*autopsie*, on constata tout d'abord une adhérence entre la lame antérieure poumon gauche et le péricarde. Ce dernier ayant été incisé, il s'écoula une as grande quantité de liquide, et on fut très-étonné de voir que péricarde et lame p monaire étaient fixés ensemble et transpercés par une longue aiguille dont la tête perdait dans la masse. La pointe, libre dans la cavité péricardique, y venait faire saillie de 2 centimètres, et, pendant la vie, touchait par conséquent le cœur moment de ses diverses contractions, comme il fut facile de s'en convain en examinant les traces que le corps étranger avait laissées sur l'organe central la circulation. — On trouva, en effet, sur le muscle cardiaque une série de *cou concentriques* décrites par la pointe du corps étranger, qui avait déchiré ou plutôt éc ché l'organe en enlevant le péricarde viscéral et en mettant le tissu musculaire à Ces diverses courbes, qui sont l'expression vivante des mouvements cardiaqu constituent un véritable tracé auto-sphygmographique qui ne peut manquer d'atti l'attention des physiologistes.

L'absence de toute lésion inflammatoire des fibres musculaires elles-même confirmé M. Gallard dans cette idée qu'il a émise dans ses *Leçons cliniques sur maladies des femmes*, à savoir : que les parenchymes musculaires d'organes cre tels que l'utérus, le cœur, etc., sont peut-être moins sujets à l'inflammation c les autres muscles de l'économie.

XIX

Sommaire. — Mutilation des organes génitaux externes par un arbre de transmission ; arrachement du testicule droit et de tout le scrotum. — Fracture compliquée de la cuisse, amputation ; contre-indication de la méthode d'Esmarch. — Carcinome ulcéré de la mamelle gauche chez l'homme.

1° Mutilation des organes génitaux. — Encore un exemple bien terrible d'arrachement des organes génitaux que nous pouvons placer à côté de ceux que nous avons déjà rapportés dans l'Union Médicale (août 1872). Il en diffère toutefois par la cause qui l'a produite ; son aspect particulier, son étendue considérable et les circonstances exceptionnelles qui ont accompagné sa formation en font un cas assez insolite et dont il n'existe, je crois, heureusement, que bien peu d'exemples dans la science.

Un charpentier robuste est saisi, dans l'atelier où il travaille, par un arbre de transmission en mouvement qui se trouvait environ à 80 centimètres du sol : c'est la blouse qui a été attirée la première, et, comme elle ne s'est pas déchirée, le corps de ce malheureux a suivi et a été entraîné avec une rapidité foudroyante et en moins de temps certes qu'il ne faut pour l'écrire. On arrête la machine, mais quelques secondes ont suffi à produire chez cet homme une affreuse mutilation dont il ne s'aperçoit que lorsqu'il est tombé à terre ; car la rapidité avec laquelle s'est produit cet arrachement est telle, qu'il n'a ressenti sur le moment aucune douleur, bien qu'il ait gardé toute sa connaissance, la tête n'ayant été soumise à aucun choc.

Voici l'état dans lequel nous avons pu l'observer (hôpital Lariboisière, service de M. Tillaux) : Toute la partie externe du corps, depuis la malléole externe jusqu'à l'aisselle gauche, est le siége d'une rubéfaction qui est le résultat du frottement sur l'arbre, et qui est déterminée par l'excoriation épidermique du bord externe de la jambe, de la cuisse, de l'abdomen et du thorax ; toutefois, cette lésion, étendue mais superficielle, dont le malade n'a pas même l'air de s'apercevoir, est en effet bien peu de chose, comparée à la plaie de la région génitale, où le maximum de frottement s'est en quelque sorte concentré. Si l'on suppose une incision circulaire des téguments passant au devant de l'anus, remontant de chaque côté dans l'aine, puis traversant l'hypogastre à un travers de main au-dessus du pubis, et si l'on suppose encore toute cette peau, comprise dans l'aire périnéale, inguinale et abdominale, disséquée et arrachée, on aura à peu près et d'une façon générale une notion sur l'étendue et la forme de la solution de continuité que présentait la

région génitale de cet homme. — Entrant dans quelques détails, nous voyons q la plaie hypogastrique est irrégulière, mâchée et n'intéresse guère que les tégumen et les tissus sous-jacents; il en est à peu près de même pour la plaie périnéal Quant à celle qui affecte les organes génitaux, je ne peux guère en donner une id plus exacte qu'en disant : « Verge et testicule gauche sont complétement *d pouillés.* » Toute la peau du pénis et tout le scrotum ont été entièrement arr chés et sont restés dans le pantalon du blessé; quant au testicule droit, il n' existe plus de vestige, il a été enlevé et séparé du cordon, dont on retrouve da l'aine la surface de torsion et d'arrachement, encore rouge, mais ne donnant li à aucun écoulement sanguin. Toute cette surface de dénudation est blanchâtr ne fournit aucun suintement, offre encore cet état *vernissé* que l'on observe s toutes les solutions de continuité au bout de quelques heures, et n'est le siége douleur que lorsqu'on vient à soulever les différentes parties pour se rendre comp de l'étendue de la lésion. — Comme cette blessure ne date que de vingt-quat heures à peine, la réaction est peu prononcée, le malade a dormi parfaitement per dant toute la nuit, et ne présente aucune exaltation morale; les conditions physi logiques n'ont rien d'anormal, car la miction s'est effectuée sans douleur et sa aucune gêne, ce qui est une preuve suffisante pour croire à l'intégrité des parti profondes de l'appareil génital.

Cette mutilation n'a été suivie, au moins immédiatement, d'aucune hémorrhagi c'est là, du reste, la règle générale en pareille circonstance; mais il ne faut pa dans ce cas, s'abandonner à une sécurité trop grande à l'endroit des fâcheus éventualités qui peuvent survenir ultérieurement.

Ces plaies par arrachement, en effet, prennent souvent un aspect de mauvai nature au bout de quelques jours, et sont alors exposées au sphacèle, comme l indiqué M. Forget (Société de chirurgie, 1858). Quant à l'hémorrhagie consécutiv elle peut parfaitement se produire plus tard; car, si l'arrachement empêche l artères divisées de saigner sur le moment, le caillot hémostatique ultérieur n'est p toujours suffisamment soutenu et est susceptible de céder au bout de quelqu jours, éventualité à prévoir, à la rigueur, chez notre malade, surtout au niveau d point où ce cordon du côté droit a été arraché.

Pouvait-on songer à tenter quelque chose pour améliorer la situation de ce mal heureux ? Essayer, par exemple, une opération d'autoplastie?... Évidemment, aucu moyen de cette nature n'était applicable pour l'instant; car, si l'on veut recourir l'anaplastie chez lui, il est beaucoup plus rationnel d'attendre que la plaie so entrée dans sa période granuleuse pour en faire l'application : actuellement, sur c tissus exsangues et vernissés, aucune surface cruentée ne serait susceptible de greffer. Le scrotum faisant entièrement défaut, de quel côté M. Tillaux compte-t- prendre ses lambeaux autoplastiques ? Et aura-t-il recours à l'anaplastie faite d

l'animal à l'homme? Nous n'en savons rien; mais ce dernier moyen ne nous semble pas avoir grande chance de réussite; en effet, d'après les tentatives faites par M. Dubrueil et exposées par lui à la Société de chirurgie l'an dernier, les lambeaux transplantés de l'animal à l'homme disparaissent peu à peu par résorption, et laissent de nouveau à nu les surfaces qu'on s'était proposé de recouvrir avec eux. Une précaution essentielle qu'on devait prendre chez ce malade, et qui, du reste, n'a pas été négligée, était d'isoler l'un de l'autre le pénis et le testicule restant, et de les écarter de la plaie périnéale pour éviter les adhérences qui pourraient avoir lieu mutuellement entre ces différentes parties. Le pansement a consisté uniquement dans l'application d'eau fraîche.

Nous avons revu le malade au bout de quinze jours. Tout avait marché régulièrement et aucun symptôme alarmant ne s'était manifesté. Cette vaste plaie granulante suppurait et on se proposait, d'ici à quelque temps, d'employer les greffes épidermiques pour hâter le processus cicatriciel.

2° Fracture compliquée de la cuisse gauche; amputation. Contre-indication au procédé hémostatique d'Esmarch. — Nous avons encore observé, dans le même service, un cas de traumatisme des plus graves chez un jeune garçon de neuf ans, auquel son imprudence a coûté la perte du membre abdominal gauche tout entier. Cet enfant, monté derrière une voiture en marche, a glissé, et sa jambe, s'étant engagée entre deux rayons de la roue de derrière, a été violemment tordue.

Les lésions portent sur le squelette du genou et sur les parties molles de la région poplitée. Il existe, d'une part, une fracture comminutive du fémur, sus-condylienne, donnant lieu à une crépitation manifeste; et, d'autre part, on voit le jarret converti en une large plaie béante, comprenant tout le diamètre transversal de la région, et par où font issue, non-seulement les parties molles mâchées et arrachées, mais encore le squelette correspondant, que le doigt et même la vue n'ont aucune peine à reconnaître. — Une hémorrhagie veineuse abondante et des phénomènes d'insensibilité du côté de la jambe, suffisaient pour démontrer l'existence d'une lésion de la veine poplitée et des nerfs de la région. Quant à l'artère, il n'existait tout d'abord aucun signe physique de sa déchirure; mais, quarante-huit heures après l'accident, des symptômes de gangrène commençante du membre inférieur (refroidissement, coloration brunâtre des orteils, insensibilité complète, absence de battements de la pédieuse), pouvaient nous autoriser à penser que ce gros vaisseau avait été évidemment intéressé. — On avait affaire, en cette circonstance, à un exemple où le doute entre la conservation et le sacrifice du membre n'était pas même permis.

M. Tillaux a rejeté aussi l'emploi de la méthode hémostatique d'Esmarch, en raison du commencement de sphacèle dont le membre inférieur était le siége : cette compression, en s'appliquant énergiquement de bas en haut, aurait eu en effet, pour

conséquence le refoulement, dans le torrent circulatoire général, d'un sang veineu déjà altéré, et peut-être aussi de gaz qui n'auraient pas été sans exercer ultérieure ment une influence fâcheuse sur le processus curatif de la surface amputée : mieu valait avoir recours, ici, à la compression digitale classique de l'artère fémoral

C'est l'amputation circulaire qu'a choisie ce chirurgien, en la pratiquant le plus ba possible et, comme moyen hémostatique, il a eu recours, comme à son habitude, à l *torsion* des artères, grosses ou petites. Pour pratiquer cette torsion, il isole un pe la lumière de section du vaisseau qu'il saisit obliquement avec les mors d'une pinc solide à écrous et terminée par une palette transversale mobile; puis, sans fixer l vaisseau avec d'autres pinces ou baguettes au-dessus de ce point, comme le faisaier Amussat et les autres chirurgiens qui ont préconisé cette méthode hémostatique, i saisit la pince par sa palette et la tourne jusqu'à ce que le tourillon artériel s détache et tombe avec l'instrument. Il faut, en moyenne, de 25 à 40 tours quand o opère sur une grosse artère comme la fémorale. Au sixième tour environ, le chi rurgien sent un craquement produit par la rupture de la tunique moyenne ; les tour suivants ont pour effet d'effiler la tunique externe. M. Tillaux, qui a fait à cet égar de nombreuses expériences lui paraissant pour la plupart concluantes, a reconn que cette torsion, fondée sur les propriétés de tissu, *est toujours limitée à l'extré mité de l'artère*, et ne se prolonge pas plus haut le long du trajet du vaisseau comme on pourrait à la rigueur le craindre si l'on s'en tient au raisonnemen sans avoir recours à l'expérimentation. Ce tourillon qui reste au bout de l'artèr est si résistant, que des injections poussées avec force dans cette dernière la romp plutôt sur un des points de ses parois qu'au niveau de la partie tordue.

Nous avons été témoin, à la fin de l'année dernière, de l'autopsie d'une artèr fémorale tordue chez un homme d'équipe qui avait succombé, au bout de quelque jours, à des lésions multiples par écrasement, et chez lequel deux amputation avaient été pratiquées, dont une de la cuisse. A l'extrémité du tourillon termina le vaisseau était effilé comme un tube de verre à la lampe d'émailleur, et, chose asse curieuse, malgré la présence d'une petite artère venant s'ouvrir dans le godet q se trouve au-dessus du tourillon, il s'était formé un petit caillot du côté opposé l'émergence de cette artère collatérale. Dans ce cas, l'artère avait donc résisté à l pression exercée par le sang qui débouchait sans cesse de la lumière de cette artè collatérale pour arriver à l'extrémité du vaisseau tordu.

Cet enfant a succombé, au bout de huit jours, à des phénomènes d'intoxicatio putride aiguë (adynamie, — état typhique) ; nous avons pu aussi nous rend compte, *de visu*, des lésions anatomiques du membre amputé. Il existait un *dét chement complet de l'épiphyse inférieure du fémur*, et c'était la surface osseuse d la diaphyse qui venait faire saillie dans la plaie. L'artère poplitée était, comme l veine, entièrement déchirée; dans son bout supérieur effilé se trouvait un caillot

le nerf sciatique poplité externe était également déchiré en totalité; quant au sciatique poplité interne, il était intact et passait comme une corde fortement tendue sur les saillies osseuse et cartilagineuse de l'extrémité inférieure du fémur.

3° Carcinome ulcéré de la mamelle gauche chez l'homme. — Nous avons rapporté, dans une de nos revues de l'Union Médicale (24 mars 1874), deux cas de tumeur du sein chez l'homme, observés par nous chez des individus qui avaient passé la cinquantaine : c'est encore chez un vieillard du même âge que nous venons d'avoir l'occasion d'en voir un troisième exemple dans le service de M. Tillaux.

Il s'agissait, cette fois, d'une tumeur de mauvaise nature, du volume d'une grosse noix aplatie, qui avait débuté sans cause connue, sans antécédent héréditaire, sans traumatisme, il y a un an, au-dessous du mamelon gauche, par l'aréole, et qui avait fini par envahir presque toute la glande, sans déterminer aucune douleur, aucune démangeaison. Depuis quatre mois, cette tumeur était devenue le siége d'une ulcération à bords violacés, de la largeur d'une pièce de 5 francs en argent, et à la formation de laquelle l'application de pommade camphrée ou autres n'était certainement pas étrangère. Tout d'abord, l'idée s'était portée vers la possibilité d'un adénome ulcéré; mais bientôt la dureté périphérique de la masse, sa marche rapide et la présence d'un petit groupe de ganglions axillaires indurés qui se trouvait relié au produit morbide par une traînée de lymphatiques, envahis sans aucun doute par la néoplasie, l'ensemble de ces symptômes, dis-je, n'a plus laissé aucun doute sur la nature maligne du produit morbide. On n'avait pas ici à combattre l'élément douleur, comme chez un malade du même genre que M. Tillaux put soulager, à Saint-Antoine, par des injections de suc gastrique. Le seul traitement applicable, en ce cas, était l'ablation de la tumeur mammaire et surtout axillaire, dernière ressource à laquelle le chirurgien eut recours.

XX

Sommaire. — Du tétanos traumatique : de son traitement et des injections d'hydrate de chloral dans les veines en particulier.

La discussion actuellement pendante à la Société de chirurgie, et relative au traitement du *tétanos traumatique*, est une question trop importante pour que nous laissions échapper l'occasion de rappeler deux exemples de cette redoutable affection, qu'il nous a été donné d'observer à Saint-Antoine et à l'hôpital Lariboisière. Ils ont été traités, le premier par les sudorifiques, le chloral et l'opium à l'intérieur ; le second par cette méthode encore toute à l'étude, mais la reine du moment en chirurgie, qui consiste à injecter dans les veines le chloral à une dose qu'on n'aurait même pas soupçonnée il y a quelques mois, avant les expériences si intéressantes de M. Vulpian et de M. Oré, de Bordeaux.

Le malade du service de M. Duplay (Saint-Antoine) était un fort garçon de 25 ans, charretier, qui fut, dix jours avant son entrée à l'hôpital, mordu par un cheval, qui lui avait pincé et mâché l'éminence thénar de la main droite. Trois jours après la blessure, il présentait des phénomènes tétaniques bien accusés : trismus, puis opisthotonos. Lorsque nous l'avons vu, sept jours après le début des accidents, la contracture était limitée à toute la partie supérieure du corps et plus spécialement aux muscles du cou, de la face et de la partie postérieure du tronc. La respiration était libre, le pouls à 104, et les accès ne revenaient qu'à des intervalles assez éloignés. Le corps et principalement la face et le thorax étaient couverts d'une sueur profuse. Lorsqu'on touchait la plaie de la main on produisait immédiatement, par action réflexe, des douleurs beaucoup plus vives dans la tête et les mâchoires, et le malade était pris non pas d'un accès tonique proprement dit, mais de contractures plus intenses s'accompagnant d'une légère cyanose. Quant à l'intelligence, elle était entièrement conservée.

M. Duplay employa une thérapeutique médicale mixte : bains de vapeur, chloral à l'intérieur (15 gram. dans les vingt-quatre heures), opium à haute dose et injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine répétées dans la masse musculaire des masséters.

Il pratiqua aussi, comme traitement chirurgical et à deux reprises différentes, après chloroformisation, une incision, puis une large excision allant jusqu'au sque-

lette et au-dessus de la plaie, de façon à sectionner tous les filets nerveux situés entre la blessure et le reste du membre.

A la suite de cette section, la plaie, lorsqu'on venait à la toucher, n'était plus le siége de l'action réflexe dont nous avons parlé plus haut, bien qu'elle gardât une sensibilité analogue à celle de toute autre espèce de solution de continuité. Malgré le traitement mixte continué avec soin, aucune amélioration permanente ne se fit sentir; la contracture des massèters devint plus violente; les accès convulsifs furent plus fréquents et plus prononcés, s'accompagnèrent de cyanose plus marquée, mais sans asphyxie proprement dite, et, après avoir présenté une *élévation de la température* qui alla jusqu'à 40°, le malade succomba vingt jours après le début des accidents.

L'existence de ce dernier symptôme a été depuis quelques années parfaitement démontrée par l'observation clinique; mais à quelle cause l'attribuer? On a émis, à cet égard, plusieurs théories sur lesquelles, malheureusement, plane encore plus d'un doute. Un jeune physiologiste distingué, de regrettable mémoire, Muron, a cherché, par l'expérimentation, à élucider la véritable cause de cette *élévation de la température.* (Société de biologie, 14 juin 1873). Est-elle due à la suractivité des centres dits calorifiques de la moelle? Anéantissant d'abord l'action musculaire par l'injection de curare qui supprime les relations physiologiques entre les muscles et le système nerveux, Muron a développé ensuite, chez l'animal, un tétanos strychnique ne s'accompagnant d'aucune contraction musculaire, mais bien d'une accélération avec intensité considérable des mouvements cardiaques et d'un affaiblissement des pulsations artérielles. Or, il est arrivé à cette conclusion expérimentale, que l'*influence excitatrice de la strychnine sur les centres nerveux, non-seulement ne produit pas une élévation de température, mais tend plutôt, au contraire, à la faire abaisser légèrement.* Nous pouvons dire, en effet, qu'admettre une élévation de la température par l'existence des centres calorifiques de la moelle c'est, en quelque sorte, enter une hypothèse sur une autre.

M. Claude Bernard (*Revue des cours scientifiques*, 1871-72) a formulé, d'autre part, la proposition suivante : « L'asphyxie par privation d'air entraîne une élévation passagère de la température animale. » On a dit alors : Comme le tétanos s'accompagne d'asphyxie, c'est à cette dernière cause que l'on peut attribuer ce surcroît de chaleur. Cette explication, en tout cas, serait fautive si on l'appliquait au malade de M. Duplay, car il n'a jamais présenté, jusqu'au moment de la mort, que des phénomènes de cyanose très-modérés. D'autre part, Muron, en supprimant, chez un chien tétanisé, les convulsions asphyxiques par l'anesthésie chloroformique avant de procéder à la strangulation, n'a pas vu se produire d'élévation de température.

Après avoir éliminé, comme causes productrices de cet accroissement, l'excitation du système nerveux central et l'asphyxie, Muron est arrivé par voie d'exclusion à

admettre, en s'appuyant sur les travaux du professeur Béclard, que c'est aux contractions musculaires incessantes qu'il faut attribuer ce phénomène physiologique.

Cette redoutable névrose a été, depuis longtemps, l'objet de nombreuses tentatives THÉRAPEUTIQUES aussi variées que contradictoires, dont on trouvera un exposé succinct dans un bon travail du docteur E. Labbé (*Arch. de méd.*, janvier 1873). Si l'on envisage la multitude des moyens préconisés tour à tour pour combattre le tétanos, on voit qu'ils s'adressent, soit au traumatisme, cause de tant de désordre, et qui n'est pas toujours en rapport de gravité apparente avec l'intensité de ces derniers (*traitement chirurgical*), soit à l'affection nerveuse elle-même (*traitement médical*, *traitement interne*). Ajoutons que, par surcroît de précaution, ces deux méthodes sont souvent, et avec raison, employées d'une façon simultanée, de sorte qu'il est bien difficile, dans les cas heureux, de préciser la part de succès qui appartient à l'une ou à l'autre.

TRAITEMENT CHIRURGICAL. — « Les cautérisations, l'incision profonde avec ou sans excision des parties molles au-dessus de la blessure, la névrotomie, l'ablation, l'amputation ou la désarticulation, » constituent les principaux moyens qui ont été préconisés par les chirurgiens.

La *cautérisation* de la plaie, qui paraît être au premier abord un traitement rationnel parce qu'elle a pour but de détruire les extrémités nerveuses irritées, dilacérées et contusionnées, a été expérimentée par Larrey, mais n'a donné entre les mains d'autres observateurs que des résultats bien peu efficaces. On y a presque renoncé aujourd'hui.

Le professeur Rizzoli (Mémoires de l'Académie des sciences de Bologne; 1870), en pratiquant une *incision transversale* profonde au-dessus du point blessé, a guéri un tétanos (pleurosthotonos) survenu à la suite d'une piqûre de la seconde phalange de l'index. C'est la même pratique qui a été suivie plus récemment, mais avec moins de bonheur, par M. Lannelongue : c'est elle aussi que M. Duplay, dans l'observation que nous avons relatée plus haut, a adoptée, mais en y ajoutant l'excision des parties molles et, par conséquent, des filets nerveux qui semblaient être le point de départ des contractures. Toutefois, dans ce dernier cas, cette conduite a eu au moins un heureux résultat immédiat, puisque la plaie ne donnait plus lieu, lorsqu'on la touchait, à une recrudescence des phénomènes tétaniques.

La *névrotomie* a été aussi employée un grand nombre de fois depuis le succès obtenu par Larrey, à la suite de la division du nerf sus-orbitaire au-dessus de la lésion qui avait été la cause première du tétanos traumatique (*De l'intervention chirurgicale dans le traitement du tétanos*, thèse inaug. J. Laurent, 1870, — et Dict. ann. des progrès des sc. et institut. méd., 1872 et 1873 : *Névrotomie*).

Malgré l'insuccès obtenu par M. Maunder (UNION MÉD., 1869), qui se décida à *diviser les nerfs médian, radial et cubital* au-dessus du coude, M. Letiévant (*Lyon*

méd., 1869, et Diction. encyclop. des sc. méd., — art. Médian : Nerf) pratiqua la *névrotomie du nerf médian* pour un cas de tétanos survenu chez un homme de 26 ans, à la suite d'une plaie pénétrante du pouce et de l'index ; il y eut guérison complète, et, de plus, dix-neuf mois après l'opération, la sensibilité et la motilité des doigts s'étaient complétement rétablies.

Déjà, en 1862 (*British med. Journal*), un tétanos suite d'une blessure du pouce avait été guéri par *section du médian* au-dessus du ligament annulaire, et en 1863, Wood avait eu également un succès, dans cette redoutable maladie, par *section du nerf saphène;* un cas du même genre (excoriation de la jambe, tétanos, guérison par *section du saphène*) a été relaté par le professeur Rizzoli dans son récent mémoire, et un autre exemple de guérison par *section du médian*, dû à M. Fayrer (tétanos suite de déchirure de la paume de la main) a été mentionné dans le *Canstatt* de 1870.

Le docteur Marinelli (Diction. des progrès des sciences, 1873) *excisa le nerf musculo-cutané* pour un tétanos qui était survenu à la suite d'une plaie de l'avant-bras par une charge de plomb de chasse; trois jours après cette excision, tout symptôme de tétanos avait disparu. — A côté de ces succès, nous trouvons de nombreux échecs entre les mains de MM. Ollier, Letiévant (*Lyon méd.*, 8 et 22 mai 1870), etc., de sorte que l'emploi de cette méthode est encore bien loin de se généraliser.

Outre ces exemples, et comme intermédiaires entre la névrotomie et l'amputation, nous en voyons deux autres, mentionnés par Rizzoli, qui ont trait, l'un à la cessation du trismus à la suite de l'*extraction d'une dent cariée*, et l'autre après l'*ablation d'un ongle incarné.*

L'*amputation* a été conseillée depuis longtemps, probablement dans le but de répondre à cet axiome qui ne nous paraît pas exempt de reproche : « Plus grave est l'affection, plus énergique et radical doit être le remède. » Monro, Harisson, J. White, Plenck, avaient fait l'*amputation de doigts et d'orteils;* Delaroche proposa, dans un cas, l'*amputation de l'avant-bras;* puis, Valentin et Larrey, l'*ablation d'un membre tout entier* (J. Roux, Union Médic., 1848, p. 336 : *De l'amputation et de l'éthérisme dans le tétanos traumatique*); Rizzoli, dans son mémoire, cite un cas de tétanos, par fracture comminutive de la jambe, guéri de cette manière, et un autre fait encore plus surprenant de *désarticulation du genou* pour un tétanos traumatique.

Les auteurs modernes (Sédillot, *Méd. opér.; Compendium de chirurgie*, Nélaton, Follin) la rejettent, ainsi que la névrotomie, comme méthodes classiques, et ils ont bien raison, au moins dans la majorité des cas. Quant à l'incision et l'excision des parties molles au-dessus de la blessure, elles constituent une méthode moins radicale qui, jointe au traitement interne, pourra être essayée, à notre avis, avec quelque chance de succès.

Comme traitement externe, nous devons citer encore les *cautérisations* extérieures,

l'application de l'*électricité* et les divers essais d'*anesthésie locale*. M. Lavergne (*Gaz. des hôpitaux*, 1866) expérimenta, et avec succès, simultanément avec le traitement interne narcotique, pour un cas de tétanos survenu à la suite d'un coup de feu à la main, la *cautérisation* à l'aide d'un plumasseau imbibé d'acide sulfurique appliqué sur les muscles de la partie postérieure du cou et promené tout le long du rachis, de chaque côté de l'occiput au sacrum : la contracture cessa immédiatement, et il s'ensuivit une longue suppuration ; je ne sache pas que ce procédé, presque barbare, ait été employé par d'autres praticiens; il paraît, en tout cas, trop empirique pour que nous puissions le recommander.

Il n'en est pas de même de l'*électricité*, qui a été essayée un plus grand nombre de fois, mais qui cependant n'a pas donné des résultats toujours satisfaisants. Matteuci (Acad. des sciences, 1864) avait déjà observé que les contractions tétaniques diminuent par l'application d'un courant électrique d'une pile à colonne de 30 à 40 couples, et MM. Onimus et Dubrueil, il y a quatre ans, ont employé cette méthode (*courants continus descendants*) simultanément avec le chloral pour un tétanos qui guérit au bout de six semaines. Avait-on affaire, en ce cas, à la forme chronique qui, d'après plusieurs auteurs, guérit seule? C'est un fait sur lequel nous ne pouvons nous prononcer; nous dirons seulement que le cas de M. Duplay, rapporté plus haut par nous, et qui s'est prolongé pendant près de trois semaines, était un tétanos à forme chronique, et que le malade a cependant succombé. M. Le Fort (Soc. chir., 1872) put faire cesser instantanément les convulsions chez un malade qui finit par succomber par suite de reproduction des accès convulsifs. C'est le *courant ascendant* que ce professeur a employé; or, Legros et M. Onimus (*Revue des sciences médic.*, 1873, t. I, p. 982) ont constaté que les courants descendants arrêtent les convulsions produites par la strychnine, tandis que les courants ascendants ramènent la vie dans l'intoxication par le chloroforme. En somme, on n'est pas encore bien fixé non plus sur la valeur de cette méthode thérapeutique.

Quant à l'*anesthésie locale* (éther pulvérisé, compresses de chloroforme appliquées sur le rachis) elle a fourni, dit-on, plusieurs cas de guérison (Diction. annuel des progrès des sciences, 1869, emprunt au *Med. Times* et au *Pacific med. journ.*, 1868), auxquels nous nous refusons à accorder une authenticité bien véritable.

C'est le TRAITEMENT MÉDICAL ou *interne* qui semble avoir donné le plus de succès : c'est à lui, en effet, que l'on s'adresse aujourd'hui de préférence dans la thérapeutique du tétanos, et comme ce sont surtout avec raison les méthodes mixtes que l'on emploie, il est très-difficile de préciser au juste, comme effet, ce qui appartient à tel ou tel médicament.

Nous ne dirons rien de la *saignée* coup sur coup, des *bains froids* et de l'application de la *glace* sur le cou et le rachis, dont les succès rapportés par les auteurs nous semblent plus que problématiques, pour arriver immédia-

ement aux méthodes sudorifiques, stupéfiantes et hyposthéniques qui ont été employées depuis bien des années avec le concours de médicaments qui surpassent certainement, en nombre, celui des succès obtenus. Ainsi, « les bains de vapeur, le sulfate de quinine, l'opium et ses dérivés, la nicotine, l'ammoniaque, l'aconit, la belladone, le curare, la fève de Calabar, l'alcool à haute dose, le nitrate d'amyle, le chloroforme, l'éther, le bromure de potassium, le hachisch, le chloral, » ont été tour à tour préconisés dans le traitement de cette redoutable affection, et plusieurs d'entre eux ont été même regardés pendant un moment comme de véritables spécifiques, erreur à laquelle on s'était laissé entraîner en raison de l'engouement passager produit par quelques exemples de guérison.

Depuis le *bain de fumier* mémorable donné par Amb. Paré à un tétanique, qui guérit, on a employé, dans le but d'exagérer la sudation à la surface du corps, et de la développer d'une façon prolongée, les bains chauds (36 à 40°), qui ont été efficaces dans 3 cas de tétanos traités par M. de Leseleuc (*Bull. thér.*, 1864), et surtout les BAINS DE VAPEUR (deux ou trois par jour), qui constituent sans contredit un des meilleurs moyens thérapeutiques; mais il faut éviter que le malade, au sortir de ce bain, ne prenne froid, car on a vu, en pareil cas, la contracture recommencer sur-le-champ, et plus énergiquement encore; aussi le bain de vapeur extemporané de Trousseau (*chaux vive* éteinte sous les draps du malade) nous semble un bon moyen d'éviter cet inconvénient. M. Leuduger (UNION MÉDIC., 1868) a employé ce procédé en plaçant le long du malade quatre pots profonds enveloppés de linges et remplis à demi de chaux vive : il avait pris soin de soulever les couvertures avec des cerceaux, de crainte d'accident (2 guérisons obtenues du cinquième au dixième jour).

Dans la séance de la Société de chirurgie du 13 octobre 1869, M. Forget a appelé l'attention sur une observation pleine d'intérêt de tétanos traumatique et rhumatismal traité avec succès par les pratiques balnéaires d'Aix-en-Savoie. Elle est due à M. Brachet, d'Aix.

C'est encore comme agent provoquant la sudation et aussi comme stupéfiant qu'on se sert, avec beaucoup de raison, de l'OPIUM d'une façon continue et à haute dose, et de la MORPHINE : c'est surtout en injections hypodermiques poussées soit dans le tissu cellulaire, soit dans les masses musculaires, masséter ou autres, que l'emploie ce dernier médicament. M. Demarquay (Acad. des sciences et Diction. annuel des progrès des sciences, 1872) a pratiqué des injections morphinées, couronnées de deux succès, sur des blessés du siége de Paris, à l'émergence des nerfs de la plaie et dans la profondeur des muscles contracturés; mais il faut ajouter que ces malades étaient placés dans une chambre dont la température était de 18 à 22° C., ce qui provoquait une abondante transpiration.

L'AMMONIAQUE agit aussi en produisant une diaphorèse abondante (tétanos spon-

tané guéri par M. Bertheau : 8 gram. par jour, *Bulletin de thérapeutique*, 1866, e tétanos traumatique guéri par M. Cherbonnier : de 18 à 20 gram. par jour; *Gaz. de hôp.*, 1867), mais cependant on n'emploie guère cette médication depuis quelques années.

Passons rapidement sur l'ACONIT (UNION MÉDIC., 1869; guérison par Wunderlich 7 gram. de teinture; 10 gouttes par jour) et sur le CURARE, qui, comme tout le monde le sait, n'a pas répondu aux espérances exagérées qu'il avait fait naître, pou dire un mot de la FÈVE DE CALABAR, dont on fait usage depuis plus de dix années et qui paraît avoir donné entre les mains des chirurgiens anglais quelques résultats heureux. Chose surprenante, c'est surtout chez les nouveau-nés et chez les jeune enfants que ce poison a été administré, et c'est encore comme sudorifique qu'i a agi.

M. Giraldès (*Bull. de thérap.*, 1864) l'a employé avec succès dans un cas, et M. Bouvier a élevé la dose jusqu'à 75 centigr. par jour dans un tétanos spontané. En 1867 le docteur Watson l'employa (Dictionn. annuel des progrès des sciences et *Lancet*) les effets de ce poison violent furent très-sensibles sur la contraction musculaire (5 gouttes chaque demi-heure; vin blanc : 30 gram.; extrait de fève de Calabar 12 grains) : les deux enfants (11 ans et 13 ans) guérirent. L'année suivante, le même observateur en rapporte un nouveau succès et mentionne également un échec chez un homme de 36 ans; puis, en 1869, il l'emploie, comme le docteur Monti, en injection hypodermique (1/30 de grain chez 4 nouveau-nés et un demi grain chez un enfant de 4 jours). — En mai 1869 (*British med. Journ.*), M. S. Wood l'administre également en injection et par la bouche chez un homme de 60 ans qu fut pris de tétanos à la suite d'une fracture de la phalange du gros orteil gauche avec plaie de l'ongle; il guérit au bout de quinze jours, pendant lesquels les contractures avaient été atténuées par ces injections.

Tout récemment encore, nous rencontrons, dans *The British med. Journal* 4 avril 1874, un exemple de tétanos traumatique traité avec succès par la fève de Calabar, par John Cunningham M. B. Campbeltown : il s'agissait d'un jeune garçon de 7 ans qui eut le pied gauche broyé et fut pris de trismus et d'opisthotonos. Du 13 au 20 août, époque où on put le considérer comme guéri, il prit de 20 à 50 gouttes, en augmentant de 5 chaque jour, d'une potion composée d'un grain d'extrait de fève de Calabar dans une once d'eau. L'auteur attribue l'influence heureuse du médicament à l'administration de doses constamment croissantes tant que les accidents se sont maintenus avec toute leur gravité.

Toutefois, il règne encore beaucoup d'obscurité sur la valeur de cette médication surtout si on fait attention au peu d'efficacité qu'elle a produit dans certains cas malgré la dose énorme de poison employé. Nous pouvons donc dire que son action est loin d'avoir été complétement élucidée, et que, pour nous, il est plus sage de

nous en abstenir jusqu'à plus ample informé, en laissant nos voisins d'outre-Manche continuer s'ils le veulent, sur l'être humain, une expérimentation que nous sommes bien disposé à réprouver.

Le BROMURE DE POTASSIUM n'a guère été employé que joint à d'autres médicaments, principalement l'opium à haute dose; cependant nous trouvons dans *The British med. journal* (28 juin 1873) un cas de tétanos traumatique traité et guéri à l'aide du bromure de potassium seul, par Ch. R. Thompson. Nous nous souvenons aussi avoir vu M. Panas, à l'hôpital Saint-Louis, associer le bromure, l'opium et le sulfate de quinine contre cette terrible maladie.

Dans un cas de tétanos très-marqué, M. Forster (*Lancet*, 1870, et Dictionn. annuel), versa 5 gouttes de NITRITE D'AMYLE sur un mouchoir, et, grâce à cette inhalation, le spasme diminua immédiatement et guérit d'une façon complète par l'emploi, jusqu'au neuvième jour, d'*une once de ce médicament!* J'avoue que quelques doutes planent sur le rôle de cet agent, dont une pareille dose ne peut être employée, et encore avec certaines réserves, que par les vétérinaires.

Dans le but de maintenir la résolution musculaire, l'ALCOOL à haute dose a été aussi conseillé (H. Moffitt, *New South wales Gaz.*, vol. 3, nº 8, et *Revue des sc. méd.*, 1873); on trouvera même, dans le Dictionnaire annuel de M. Garnier, 1865, un cas de tétanos dont on put triompher en faisant prendre pendant une dizaine de jours au malade, un ivrogne de profession du reste, jusqu'à 2 litres d'eau-de-vie par jour.

Le HACHISCH (cannabis indica) a été employé à la dose de 90 centigrammes d'extrait en un jour (Skues). Le Dictionnaire de thérapeutique avance même que, dans une potion, Cock et Wilks ont donné à leur malade jusqu'à 380 gr. de teinture de hachisch (*Groevel Notizen*, 1854). Dans le *British medical journal* du 4 avril 1874, nous trouvons encore un cas de tétanos aigu traité par le hachisch et guéri par Ch. D. Allen, M. B. Glenarm. Voici le fait en quelques mots : Un jeune garçon de onze ans a la main gauche broyée entre deux engrenages d'un moulin. Au bout de dix-sept jours, la plaie était à peu près cicatrisée; l'opisthotonos se déclare. Voilà, au point de vue clinique, un début de tétanos un peu en désaccord avec ce qui se passe d'habitude « Le tétanos traumatique (Dictionn. de thérapeutique) arrive « d'ordinaire peu de jours après la production de la plaie ; il est extrêmement rare « qu'il se produise après la cicatrisation ; car on ne cite que deux cas de ce genre « (A. Cooper, Nélaton); passé les quinze premiers jours, le blessé est hors de dan- « ger. » Le cas que nous rapportons ici peut donc faire le troisième de ce genre. Le traitement du 29 juin au 14 juillet se composa de teinture de chlorhydrate de morphine et de teinture de hachisch (1 drachme = 4 gr. de chaque) et de cataplasmes de mie de pain additionnés d'une demi-once d'opium. — Quoique très-jeune, l'enfant parut supporter la morphine et le hachisch sans trouble physiologique. Les

fonctions digestives restèrent intactes, et l'appétit fut parfait pendant tout le temp qu'on employa cette énergique thérapeutique.

Quant à l'usage du CHLOROFORME, on y a presque renoncé, parce qu'il peut produire, même à une dose peu considérable, des phénomènes d'asphyxie encore plu graves que ceux déterminés par le tétanos, d'après les communications de M. Le Foi et de M. L. Labbé à la Société de chirurgie (1869). M. Duplay, avant de pratiquer l'incision et l'excision au-dessus de la blessure, a anesthésié le malade dont nous avon rapporté l'observation plus haut, et nous devons dire que nous n'avons pas vu s produire les phénomènes de cyanose rapportés par d'autres observateurs : un bien être, au contraire, se fit sentir chez le malade, dont l'expression faciale devin moins douloureuse, et un relâchement presque complet des muscles du cou persista pendant tout le temps de l'anesthésie, pour reprendre immédiatement après

Emploi du CHLORAL (antagoniste de la strychnine). — Depuis le cas de guérison obtenue par MM. Dubrueil et Onimus, à l'aide des courants continus descendants et du chloral, ce dernier médicament, à l'intérieur, a donné évidemment un certain nombre de succès entre les mains des chirurgiens, surtout entre celles de M. Verneuil (5 guérisons). De plus, ce professeur vient de communiquer (séance de la Société de chirurgie, 6 mai) deux observations rédigées par M. Richelot fils, et qui ont trait à deux cas de tétanos guéris, l'un au bout de vingt-deux jours (6 gram. de chloral par jour), l'autre au bout d'un mois (10 gram. par jour), et il y a ajouté une troisième observation recueillie chez un malade de M. Lasègue (guérison en 36 heures : 12 gram. de chloral) et qu'il a seulement intitulée : Convulsions tétaniformes. M. Boinet en a rapporté aussi trois exemples et M. Le Fort un autre. En collectant tous les cas de tétanos traités par le chloral dans les divers pays, et dont plusieurs ont été publiés en France, le docteur Joseph Beck arrive à une statistique de 36 cas, dont 15 morts et 21 guérisons (Dictionnaire annuel des progrès des sciences pour l'année 1872). A l'heure qu'il est, le nombre est bien plus considérable.

Sans affirmer que le tétanos à *forme suraiguë* soit incurable, sans nous préoccuper si le tétanos à *forme chronique* est le seul qui guérisse, et s'il est vrai qu'il guérisse bien tout seul ; enfin, sans pousser le scepticisme jusqu'à dire que tous les cas de tétanos guéris se sont terminés ainsi parce qu'ils étaient chroniques, et, par conséquent, susceptibles d'arriver d'eux-mêmes à bonne fin, comme l'a avancé un professeur de notre école, nous croyons qu'il est du devoir de tout chirurgien consciencieux d'agir dès le début de la névrose, et qu'on serait coupable de ne rien tenter contre elle, sous prétexte que le tétanos assumera la forme chronique et guérira sans intervention.

Peu nous importe, au point de vue thérapeutique, le diagnostic de la marche de l'affection ; il faut la traiter le plus près possible du commencement des accidents,

dès qu'on voit apparaître certains phénomènes précurseurs, tels que frémissements et contractures passagères des mollets. Or, à ce point de vue, nous devons reconnaître que le *chloral* (injection stomacale) a rendu de grands services. Maintenant, guérit-il le tétanos parce qu'il a pour effet de convertir la forme aiguë en forme chronique, hypothèse ingénieuse qui a encore été émise par M. Le Dentu? Peu nous importe. Comme il a réussi, dans un certain nombre de cas assez nombreux, sans causer par lui-même d'accident, nous sommes, par cela même, autorisé à l'essayer comme un des moyens les plus efficaces à calmer les spasmes, sans le regarder, toutefois, comme le médicament spécifique du tétanos, car, quelle que soit la dose à laquelle il soit administré (de 8 à 30 gram. par jour), il se comporte comme tous les agents anesthésiques, c'est-à-dire qu'il n'agit pas sur la contracture de tous les muscles et surtout sur celle des muscles de l'appareil respiratoire (dépendance du bulbe) qui, arrivant à la période ultime du tétanos, détermine l'asphyxie chez le malade.

C'est presque toujours à des doses élevées, quelquefois fort considérables, que ce médicament a été prescrit. Ainsi, dans *the Lancet*, 4 avril 1874, nous voyons que le docteur Coryllos, de Patras, en Grèce, a publié un cas de cette nature dans *the Allgem. Weiner med. zeit.*, n° 2, 1873, et en relate encore deux cas semblables, l'un dû à sa pratique personnelle, et l'autre qui a été traité par le docteur Basilin. Ce dernier exemple est relatif à une femme de 40 ans qui s'était fait une blessure au doigt avec une écharde qu'elle avait extraite elle-même. C'est plus d'un mois après l'accident (encore un nouveau fait à début insolite à ajouter aux trois précédents) que survint le tétanos; en vingt-quatre heures elle n'avait pas eu moins de dix accès complets. Le seizième jour, après la première attaque, la malade retira de la blessure un petit fragment de l'écharde du volume d'un pois, qui y avait été oublié. L'usage des narcotiques ayant échoué, on administra le chloral avec un plein succès. La malade en prit 105 gram. en vingt jours.

Dans l'exemple du docteur Coryllos, un homme d'une quarantaine d'années avait été blessé à la tempe gauche par l'extrémité pointue d'un roseau; le tétanos survint, et, ici encore, une portion du corps étranger ne fut enlevée que douze jours après l'accident. On le mit d'abord à la dose de 15 grains (0,75 centig.) de chloral, ce qui amena déjà une amélioration sensible. Mais le tétanos revenant avec une nouvelle force, on éleva la dose jusqu'à 120 grains (6 gram.) par jour. Le malade recouvra entièrement la santé. Il avait pris en trente jours 6 onces (180 gram.) de chloral. Un jeune paysan (Dictionn. ann., 1873), qui guérit au bout d'un mois, consomma 240 gram. sans le moindre accident. Les faits de ce genre, du reste, ne sont plus rares actuellement. Les succès paraissent plus constants dans le jeune âge, comme on peut le voir dans une série de 6 cas recueillis sur des enfants de quelques jours jusqu'à des sujets de 8, 13 et 22 ans. (Union Médicale, 1870.)

Jusqu'à présent le chloral, employé contre le tétanos, n'avait été administré que

par la voie stomacale ou par la voie rectale; cependant on avait remarqué que ch
certains malades il est susceptible de déterminer sur la muqueuse du rectum d
phénomènes d'irritation assez vive ; aussi est-ce par l'injection stomacale qui pe
met, du reste, une tolérance plus grande et une absorption plus rapide, que ce m
dicament a été de préférence introduit dans l'organisme. Il y a deux mois (*Ga
méd. de Bordeaux*, n° 9, 1874), M. Oré, de Bordeaux, produisit tout à coup u
observation des plus surprenantes de tétanos aigu guéri par l'*injection de chlor
dans les veines*, qui a été reproduite depuis, *in extenso* ou en partie, par la plupart d
journaux (UNION MÉDICALE, n° 57, 1874), et qui vient d'être suivie d'une expér
mentation analogue, mais moins encourageante, de la part de MM. Cruveilhier, Labb
et Tillaux.

Dans le cas du premier de ces chirurgiens, on avait affaire à une mutilation de
main chez un homme de 33 ans, qui ne fut pris encore du début des accidents tét
niques que treize jours plus tard; trismus, opisthotonos; 21 mars, injection de 3 gram
de chloral avec la seringue de Pravaz (solut. 9 gram. pour 10 gram. d'eau) dans un
veine cubitale : résolution; anesthésie; sommeil. Le lendemain, 22, nouvelles co
tractions tétaniques, mais cependant l'état n'est pas plus grave ; injection de 5 gran
Le surlendemain, 23, injection de 3 gram. dans la veine pédieuse; 24 mars, 5 gran
de chloral injecté dans une veine cubitale dénudée et ouverte; 25, lavement ave
4 gram. de chloral; 26, injection dans la saphène externe, derrière la malléo
externe, de 9 gram. de chloral; 27 (septième jour depuis les injections), l'anesthés
continue; affaiblissement; convulsions des muscles de la face, et le malade meu
sans reprendre connaissance et sans se réveiller, mais sans présenter aucun accè
convulsif. M. Cruveilhier trouva, à l'autopsie, un abcès assez volumineux au nivea
du point de l'avant-bras où avait été faite la première injection. De plus, *toutes l
veines injectées contenaient des caillots* sanguins dont quelques-uns étaient volu
mineux.

Le fait rapporté par M. L. Labbé est un cas de tétanos suraigu pour lequel ce ch
rurgien injecta (10 gram. de chloral pour 10 gram. d'eau) sur un malade affecté d
gangrène des orteils et qui, dix-huit heures après le début des accidents, était à tout
extrémité; pendant l'injection, le malade devint anxieux, puis tomba dans la rés
lution la plus complète. Le lendemain matin, un accès tétanique se manifesta av
une telle violence que le malade mourut asphyxié en quelques minutes.

Voici maintenant le cas traité de la même manière par M. Tillaux, à l'hôpit
Lariboisière, avec les principaux détails que nous avons observés nous-même
que nous lui avons entendu, du reste, communiquer à la Société de chirurgie (6
13 mai 1874).

Il s'agissait d'une concierge de 46 ans, chez laquelle M. Tillaux, après avoir co
firmé le diagnostic de kyste hydatique du foie, à l'aide d'une ponction exploratric

avec l'aspirateur, avait employé la méthode Récamier par les cautérisations successives. Le kyste s'était ouvert, puis en partie vidé, et on y pratiquait chaque jour des lavages désinfectants. Le 4 mai, au soir, survint chez cette malade du trismus et un peu d'opisthotonos ; toutefois, le premier accès tétanique ne se manifesta que le lendemain soir. Le chloral avait été prescrit (6 gram.) à l'intérieur, mais il ne put être administré que bien imparfaitement, en raison du resserrement des mâchoires qui devenait de plus en plus prononcé. Le 6, les accès s'étaient répétés à de courts intervalles, et à la visite du matin nous pûmes assister à un accès des plus intenses; la contracture énergique de tous les muscles de la partie sus-diaphragmatique du corps donnait lieu à une cyanose presque complète, avec écume à la bouche et expression terrible de douleur.

Comme on devait s'attendre évidemment à voir cette femme succomber à l'asphyxie d'un moment à l'autre, on était donc en droit, comme dernière ressource, pour un tétanos suraigu d'une pareille intensité, d'essayer l'injection de chloral dans les veines; c'est ce que fit M. Tillaux sans perdre un instant. Piquant directement la veine médiane céphalique droite, gonflée, et que je rendis plus apparente par une pression exercée au-dessus du pli du bras, à l'aide du trocart-canule de la grande seringue de Pravaz, il injecta sans aucune difficulté, en moins de neuf minutes, et lentement, une solution de 10 gram. de chloral dans 20 gram. d'eau, à cinq reprises. L'effet immédiat fut, comme l'a dit lui-même M. Tillaux, un *changement à vue* tenant du prodige; après la première seringue, la cyanose avait considérablement diminué, on voyait cesser peu à peu la contracture, et je pus alors, sans difficulté, abaisser le maxillaire inférieur; la malade ouvrit les yeux, prononça quelques paroles et dit qu'elle reconnaissait les personnes; à la dernière seringue, il n'existait plus de contracture, et la cyanose avait entièrement disparu. La figure, qui avait graduellement perdu son expression de souffrance, n'était plus maintenant le siége du rire sardonique si accentué auparavant. La coloration de la face était normale, rosée. Cette femme, complétement anesthésiée, dormait du sommeil le plus paisible; le pouls avait diminué, et le relâchement complet de tous les muscles laissait la respiration suivre son calme habituel. Un quart d'heure après l'injection, le trismus réapparaissait, s'accompagnant d'un degré d'opisthotonos moins prononcé qu'auparavant et d'une nouvelle expression douloureuse de la face; mais au moins la vie de la malade n'était plus, pour l'instant, en danger imminent. Au bout d'une heure, les phénomènes de contracture étaient à peu près les mêmes qu'après l'opération, mais la malade était froide, déprimée, pâle et dans la résolution. Un phénomène important à mentionner était le réveil brusque de convulsions tétaniques de courte durée, chaque fois qu'on venait à faire sur elle un attouchement, même fort léger, au niveau du front, des joues, du menton, des doigts; elle avait conservé sa connaissance parfaite. Comme il était impossible de lui faire

avaler les liquides, et que, du reste, le passage seul de quelques gouttes dans pharynx provoquait immédiatement une recrudescence dans les contraction: M. Tillaux prescrivit des lavements de bouillon.

Cette *forme dysphagique* du tétanos a été observée (Soc. de chir., 1870-71) p: M. Giraldès sur trois blessés, chez lesquels on fut forcé d'administrer le chloral pa le rectum, ce qui n'est pas sans inconvénient.

Pendant toute la journée du 6, la malade continua à être dans le même éta c'est-à-dire relativement bien mieux qu'avant l'injection; mais, pendant la nu du 6 au 7, à quatre heures du matin, elle fut prise d'attaques subintrantes et d'as phyxie complète s'accompagnant d'écume à la bouche. Une injection (8 gram. c chloral, 10 gram. d'eau) fut pratiquée immédiatement par l'interne avec un peu c plus de difficulté opératoire, puisqu'on fut obligé de pratiquer quatre ponction veineuses pour injecter toute la solution. Les accidents parurent s'amender et l résolution s'établit; mais les spasmes revinrent, et si violents, que, le 7 au matin M. Tillaux voulut tenter le cathétérisme œsophagien, mais il ne put franchir l pharynx contracturé, et il lui fut impossible de dépasser le cartilage cricoïde. Tou les muscles étaient durs comme du bois, et le cou semblait rigide comme une barr de fer; à midi, nouvel accès, nouvelle injection (2 gram. de chloral), pendan laquelle succombe la malade. En tout 20 gram. de chloral.

M. Tillaux a montré, à la suite de sa communication, les pièces anatomiques qu ne sont pas de nature à remplir d'enthousiasme pour cette nouvelle méthode théra peutique.

Un commencement de sphacèle de la peau, résultant de l'issue de quelques gouttes d liquide dans le tissu cellulaire, est déjà une preuve que la solution au tiers a des propriété caustiques.

Dans toute la longueur de la veine céphalique existait un caillot remontant jusqu'à la vein axillaire; dans cette dernière, il en existait un autre énorme et indépendant du premier; u troisième caillot blanc consistant et formé de toute évidence avant la mort, remplissait égale ment l'oreillette droite du cœur; enfin on en trouva encore un dans le ventricule gauche lésions qui démontraient surabondamment que le chloral n'avait pas limité son action sur ur simple département du système sanguin, mais avait cheminé dans la petite circulatoire pou aller agir jusque dans les cavités gauches du cœur.

Le fait que nous venons d'examiner en détail, comme ceux de MM. Labbé et Cru veilhier, a soulevé au sein de la Société de chirurgie, de la part de certains membres plusieurs objections dont on ne peut encore, à l'heure qu'il est, tirer des déduc tions bien légitimes, mais qui sont, à notre avis, suffisantes pour exiger, avant d se prononcer sur la valeur de la méthode, une enquête approfondie.

1° Y a-t-il, par exemple, innocuité bien prouvée, d'une façon générale, à injecte un liquide quelconque, même de l'eau, dans le torrent circulatoire? L'autorité e

la bonne foi de plusieurs expérimentateurs éminents n'ont pas encore réussi à entraîner, à cet égard, la conviction de tous les chirurgiens qui, plus exigeants peut-être que les physiologistes eux-mêmes, demandent sur ce sujet un examen plus minutieux.

2° Est-on bien fixé, d'autre part, sur la dose à injecter dans le torrent circulatoire? M. Oré dit que, pour produire la cessation complète de l'action réflexe, 10 gram. de chloral au moins sont nécessaires, et il injecte (10 gram. de chloral pour 10 gr. d'eau). M. Vulpian, au contraire, veut qu'on n'emploie que la solution au 1/5e. Voilà encore bien des incertitudes.

3° La dose ne doit-elle pas varier ensuite, suivant tel ou tel malade, telle ou telle idiosyncrasie? On sait, en effet, par l'ingestion stomacale de cette substance, qu'une quantité minime agit très-bien chez certaines personnes, tandis que d'autres sont beaucoup plus réfractaires.

4° Enfin n'y a-t-il pas de danger, par des injections répétées, mais graduées suivant l'effet produit, à accumuler le chloral dans l'économie?

M. Personne a déjà démontré, en effet (Acad. des sciences, 5 et 12 janv. 1874), que ce corps au sein de l'organisme pouvait se transformer en chloroforme en modifiant sa composition; les physiologistes, à cette question, répondent que le chloral s'élimine peu à peu; mais cette élimination se fait-elle de la même manière et dans des conditions identiques chez l'homme malade et chez le chien bien portant? Nouvelle question qui mérite une étude suivie.

Nous ne voulons pas nous arrêter sur la nécessité qu'il y a, pour M. Oré du moins, à avoir toujours sous la main, en pareille circonstance, un appareil électrique pour diriger, dans le pneumo-gastrique, un courant destiné à faire cesser l'anesthésie, ni sur les difficultés plus ou moins grandes inhérentes à l'injection. Ces dernières peuvent être nulles, comme dans le fait de M. Oré, de M. Labbé, et comme nous l'avons vu chez la malade de M. Tillaux, au moins pour la première injection; mais elles peuvent être sérieuses dans d'autres cas où il est nécessaire, ainsi que semble le prouver l'exemple de M. Cruveilhier, de dénuder le vaisseau avant de le ponctionner, ce qui expose le malade aux chances de phlébite, surtout si on est obligé d'agir sur plusieurs veines successives.

Je désire insister seulement sur la possibilité de cet accident redoutable, qui à lui seul nous paraîtrait de nature à contre-indiquer quelque peu cette nouvelle méthode, je veux parler de la *coagulation du sang dans les veines par l'hydrate de chloral*, fait qui s'est présenté non-seulement dans l'exemple de M. Tillaux, mais encore chez le malade de M. Cruveilhier.

Le professeur L. Porta, de Pavie, qui a constaté en 1870 (Union Médicale, n° 55, 1874) l'action coagulante du chloral en injection contre la cirsocèle, vient d'expérimenter également ce médicament dans 15 cas de varices (Mémoire lu à

Instituto Lombardo, 1873). Il en est de même du docteur Valerani (*Ann. univ. di medic.*, 1873); et ces deux observateurs ont constaté qu'une solution de 2 gram. de chloral, dans une même quantité d'eau distillée, suffisait à cinq où six injections pratiquées dans la même séance avec la seringue de Pravaz, et donnait immédiatement lieu à un caillot qui se résorbe plus tard; les veines s'atrophient et cessent d'être variqueuses. Ces observations authentiques nous démontrent donc péremptoirement que, comme méthode de guérison du tétanos, on veut préconiser un agent susceptible de coaguler le sang dans les veines!

Comment peut-il se faire, en effet, que dans tel cas le chloral agisse directement sur le sang, tandis qu'il le respecte dans d'autres circonstances? Expliquera-t-on cette coagulation, a dit M. Forget, en prétextant de l'état morbide des parois veineuses et de l'existence présumée de quelques petits caillots dans l'intérieur du vaisseau; en un mot, se basera-t-on, pour sortir d'embarras, sur les différences de terrain où pénètre le médicament? Qu'importe; c'est là un fait capital que la physiologie devra expérimenter et élucider entièrement sur les animaux avant de faire aucune autre tentative de ce genre sur l'homme. Il faut, de plus, tenir grand compte des conditions diverses propres aux malades; il en est, en effet, chez lesquels le sang se coagule avec la plus grande facilité, tandis que chez d'autres cette coagulation s'effectue plus difficilement.

En face de ce bilan peu rassurant (3 morts sur 4) et surtout en face de cette coagulation sanguine multiple survenue chez la malade de M. Tillaux, où l'injection nous paraît avoir été pratiquée selon les règles posées par M. Oré, nous nous croyons autorisé à dire que dans la thérapeutique du tétanos, et d'une façon générale, on ne doit pas abandonner, négliger même pour l'inconnu les autres moyens (sudorifiques de toute espèce, bains de vapeur, bromure de potassium, opium, chloral à l'intérieur et surtout les méthodes mixtes) dont l'efficacité nous a, du moins, été démontrée un bon nombre de fois au lit du malade.

L'observation clinique ne nous semble donc pas malheureusement, jusqu'à ce jour, avoir donné raison à des expériences fort ingénieuses émanées de l'amphithéâtre d'anatomie, et, comme l'a bien dit M. Forget en résumant la discussion qui vient d'avoir lieu sur ce sujet au sein de la Société de chirurgie, il est fort dangereux, en thérapeutique, de s'engager à l'aventure dans des sentiers nouveaux encore remplis d'obscurité et de conclure toujours et indistinctement de l'animal à l'homme (car, chez l'homme, on n'agit que sur l'individu malade). On doit, en un mot, avant de s'enthousiasmer, faire faire un *stage* prolongé à ces idées nouvelles qui pourront trouver un jour leur place dans la science, mais qu'il ne faut adopter tout d'abord qu'avec une extrême réserve.

XXI

Sommaire. — Procédé en raquette appliqué à la désarticulation de la cuisse. — Amputation tibio-tarsienne ostéo-plastique double. — Amputation phalango-phalanginienne de l'auriculaire; réunion par première intention. — Désarticulation du gros orteil; modification du procédé en raquette.

Une série heureuse de *désarticulations* pratiquées tout récemment dans divers hôpitaux me paraît mériter l'attention, non-seulement à cause des succès presque inespérés qu'elles ont fournis, mais encore au point de vue des modifications ingénieuses que chacun des chirurgiens qui les ont exécutées a jugé à propos de faire subir au procédé classique communément employé. Nous avons cru intéressant de grouper ces cas ensemble et de faire ressortir les principaux enseignements cliniques qu'ils portent en eux.

1° Ostéo-sarcome de l'extrémité inférieure du fémur droit; désarticulation coxo-fémorale par le procédé en raquette (Necker). — M. Guyon, désireux de se mettre le plus sûrement à l'abri de l'hémorrhagie, de diminuer, autant que possible, la surface du traumatisme et de permettre ultérieurement aux liquides inflammatoires de s'écouler librement, vient de pratiquer avec succès l'amputation coxo-fémorale en employant le procédé en raquette, et en commençant par la désarticulation avant d'en venir à la section des masses musculaires de la cuisse.

Il s'agissait d'un jeune homme de 20 ans, qui avait vu se développer, il y a plusieurs années, une tumeur mal limitée au niveau de la partie inférieure de la cuisse droite. Elle avait été prise au début pour une exostose épiphysaire; mais, ayant en peu de temps acquis un volume considérable, le fémur se trouva dès lors converti, au niveau de son extrémité, en une masse fusiforme qui continua peu à peu à s'accroître et gêna beaucoup la marche. Le genou était resté complétement libre, et les mouvements de flexion et l'extension qu'on lui imprimait ne donnaient lieu à aucune douleur chez le malade. Cette tumeur, dure et rénitente, n'était pas le siége de souffrances; mais le jeune homme y ressentait une sensation bien manifeste d'engourdissement, surtout lorsqu'on venait à comprimer l'artère fémorale de ce côté au niveau du pli de l'aine. Les téguments étaient sains mais parcourus, en certains endroits, par des dilatations vasculaires bleuâtres presque lie de vin. L'auscultation n'y révélait aucun bruit et la palpation aucun soulèvement, aucun battement. Après avoir fait dans la masse une ponction exploratrice qui donna issue à une petite quantité de sang et fut suivie d'une légère fluxion inflammatoire du côté de

la tumeur, M. Guyon attendit quelques jours et, persuadé que dans les ostéo-sarcome de cette nature il faut, si on opère, amputer non pas dans la continuité mais dan la contiguïté du membre, il pratiqua la désarticulation coxo-fémorale de la manièr suivante : Après anesthésie complète, il fit coucher le malade sur le côté gauch et attaqua l'articulation par sa partie externe.

Premier temps : Une incision verticale (queue de la raquette), commençant à plu sieurs centimètres au-dessus du grand trochanter, descendit verticalement sur cett apophyse et le long de la face externe du fémur, en intéressant toute l'épaisseur de parties molles. C'est alors qu'au moyen d'un fort bistouri et du coupe-tendons toutes les parties fibreuses ou musculaires furent soigneusement coupées en rasan le squelette.

Ce premier temps est long, laborieux et, pour pouvoir être exécuté avec toute l netteté désirable, nécessite une longueur suffisante de l'incision externe.

Une fois l'os complétement détaché de ses parties molles, ou tout au moins dénud dans les trois quarts externes de sa circonférence, commence le *deuxième temps,* qu ne laisse pas que d'être aussi pénible, sinon plus difficile que le premier.

Le membre est légèrement étendu, un écarteur solide ramène fortement la lèvr antérieure de l'incision en dedans, ce qui permet de glisser le couteau et d'attaque la capsule par sa face antérieure, point unique où doivent presque se concentrer le efforts du chirurgien, car ce qui résiste le plus et s'oppose à l'écartement des sur faces articulaires, c'est le ligament de Bertin ou plutôt l'ensemble de tous les trous seaux fibreux qui se trouvent en avant de l'article. La fin de la désarticulatio s'opère du reste selon les règles ordinaires.

Le *troisième* ou *dernier temps* consiste à lier l'artère et la veine principales, et achever la section des parties molles en décrivant autour de la racine du membr le *plein de la raquette,* qui est oblique et non perpendiculaire sur l'extrémité infé rieure de l'incision externe.

Les deux premiers temps de cette opération sont, il est vrai, assez longs et diffi ciles; mais si on prend soin, *pour le premier*, de faire remonter la queue d la raquette à une hauteur suffisante, qui est déterminée séance tenante et chemi faisant par le chirurgien, et, *pour le second,* de s'attacher à bien diviser complète ment tout le tissu fibreux qui se trouve en avant de la tête fémorale, on arriv à achever cette opération sans produire de délabrements considérables. Quant à l section des parties molles, elle se fait d'abord, pour la peau, en descendant le plu bas possible, surtout en avant, et, pour les muscles, en les sectionnant tous d'u seul coup de couteau au point où s'arrête la dissection de la manchette.

Chez le malade en question, l'*incision externe* ne fut pas réunie par des suture métalliques comme le restant de la plaie, et laissa passer à l'extérieur une gross mèche que l'on eut le soin de pousser jusqu'au fond de la cavité cotyloïde pou

servir de conducteur à la suppuration à venir. Le pansement ouaté ne put être supporté par le malade, et fut enlevé le lendemain, à cause des violentes douleurs qu'il avait occasionnées.

Néanmoins, tout se passa à souhait : la réunion du segment interne de la plaie horizontale se fit par première intention, et les tissus profonds se mirent à suppurer ; il n'y eut aucune hémorrhagie primitive ou consécutive, et, chose assez insolite, la température, à partir du lendemain de l'opération, s'abaissa d'un degré. Une rougeur érythémateuse diffuse qui apparut sur la paroi antérieure du moignon, et que l'on craignit un moment être un début d'érysipèle, s'éteignit au bout de quelques jours, malgré plusieurs phlyctènes développées par l'application de la solution éthérée de camphre, qui, en cette circonstance, ne me paraît pas avoir donné un heureux résultat. Ce fut le pansement au chloral qu'adopta M. Guyon.

Nous avons revu le malade au bout de sept semaines; il venait de se former un petit abcès dont le pus s'écoulait encore par l'endroit où on avait donné issue aux fils à ligatures, et la cicatrisation n'était pas encore complète, mais tout faisait présumer une prochaine convalescence.

A propos de la désarticulation de la hanche, Malgaigne dit : « On a proposé pour cette amputation les méthodes circulaires à deux lambeaux ovalaires. . . . . et moi-même j'avais appliqué ici l'*incision en raquette*, en faisant descendre sur le trochanter et la face externe de l'os une incision de 8 centimètres sur laquelle venaient tomber les deux branches du V. Toutes ces méthodes sont justement délaissées pour le lambeau antérieur. . . . . . » La méthode en question n'est donc point tout à fait nouvelle, au moins quant à l'incision; mais personne, que je sache, n'avait proposé, avant M. Guyon, de procéder à la désarticulation avant de sectionner presque la totalité des parties molles, ce qui est le principe de cette méthode, et constitue, il faut l'avouer, un temps délicat, exigeant de la part de l'opérateur de la patience, de l'habileté, et une connaissance anatomique parfaite de la région.

Au point de vue des conséquences immédiates, l'incision verticale externe, queue de la raquette, nous a paru très-favorablement disposée pour permettre l'écoulement facile de tous les liquides d'exsudation et de la suppuration que l'on a intérêt à empêcher de stagner au fond de la cavité cotyloïde. De plus, par l'emploi de ce procédé, M. Guyon pense diminuer la surface du traumatisme comme dans la méthode ovalaire, avec section des masses musculaires en un seul temps, qu'il a préconisée pour l'amputation de la cuisse à sa partie inférieure.

Ajoutons encore, pour justifier le choix de la désarticulation, que l'autopsie du membre révéla l'existence d'un noyau néoplasique dans le grand trochanter et dans la tête fémorale, qui n'aurait certainement pas manqué d'être le point de départ d'une récidive rapide, si l'on s'était contenté de faire l'amputation au tiers supérieur, qui était à la rigueur praticable.

2° Pied-bot varus double; — ulcérations rebelles; — amputation ostéo-plastique tibio-tarsienne des deux côtés. — L'amputation astragalienne exposan souvent par voisinage à l'inflammation tibio-tarsienne, M. Léon Le Fort y a presqu renoncé, car elle lui semble plus dangereuse pour le malade que les amputatior sus-malléolaire ou tibio-tarsienne.

Dans le but de conserver, après l'opération, un membre aussi utile que possib à la locomotion, ce chirurgien a imaginé un procédé d'amputation tibio-tarsienn fort ingénieux et dont le principe est : 1° de laisser le talon absolument intact ave l'insertion du tendon d'Achille, en sectionnant le calcanéum, non plus verticale ment comme le fait Pirogoff, mais bien horizontalement au-dessous de ses surface articulaires astragaliennes ; 2° de souder le plateau calcanéen à cet autre plateau re sultant de la section de la mortaise tibio-péronière.

M. Le Fort vient de faire, à Beaujon, l'application de son procédé successivemen sur l'un et l'autre pied chez un jeune homme d'une vingtaine d'années, complète tement guéri à l'heure qu'il est, et qui nous offre un exemple d'autant plus remar quable que le sujet en question était bien loin de se trouver dans des condition générales irréprochables.

Il s'agissait, en effet, d'un jeune homme dont l'enfance avait été très-pénible il était né avec un spina-bifida qui n'a jamais guéri complétement et dont il port les traces les plus évidentes, mais qui, heureusement pour lui, a fini par rester sta tionnaire. Il était enfin affligé d'un double pied-bot varus congénital aussi accus que possible qui, par suite de la pression incessante sur le sol, était devenu le siég de troubles trophiques portant sur les tissus cutané et sous-cutané de la face inférc externe des deux pieds-bots. Peu à peu, il s'était développé des ulcérations rebelle qui avaient gagné en profondeur, avaient atteint le squelette et les articulations de pieds et rendaient la marche impossible.

Ce pauvre garçon, ne pouvant se livrer à aucun travail, entra dans le service d M. Le Fort avec l'intention bien arrêtée de réclamer l'amputation des deux jambes ce qui lui fut naturellement refusé. Cependant, ébranlé par les prières instantes d malade qui se disait bien résolu à supporter toute espèce d'opération plutôt que d rester en un état aussi pitoyable, le chirurgien se décida à tenter du côté gauche le plus mauvais des deux, l'amputation du pied par une méthode nouvelle qu' appliquait pour la première fois, et à laquelle il a donné le nom de *tibio-tarsienn ostéo-plastique*. Cette amputation, à l'exemple du procédé de Pirogoff, a l'immens avantage de ne pas modifier par l'arrachement du calcanéum la vitalité du lambea talonnier et de ne pas laisser, comme dans ceux de J. Roux et de Syme, un cul-de-sa dans le fond duquel s'accumule le pus.

Elle se compose de cinq temps principaux, que nous ne ferons que résumer, ca

l'ensemble de leur exécution vient d'être exposé tout récemment dans la nouvelle édition du *Manuel de médecine opératoire* de Malgaigne.

Premier temps : Incision des parties molles, à peu près comme dans la méthode de J. Roux.

Deuxième temps : Section du ligament calcanéo-astragalien, en enfonçant, en dehors, la pointe du couteau entre le calcanéum et l'astragale, comme dans l'amputation sous-astragalienne.

Troisième temps : Ablation du pied, comme dans l'amputation de Chopart.

Quatrième temps : Énucléation de l'astragale, en le saisissant à l'aide d'un gros davier et en coupant tous les tissus qui le retiennent.

Cinquième temps : Section d'arrière en avant de tout le plateau articulaire supérieur du calcanéum et section horizontale de la mortaise.

M. Le Fort croit que l'on peut encore simplifier l'opération en entrant d'emblée dans l'articulation tibio-tarsienne et en portant tout de suite la scie sur le calcanéum, ce dernier os étant maintenu alors beaucoup plus solidement, puisqu'il tient d'une part à l'astragale et d'autre part à tout le reste du pied, ce qui donne au chirurgien un point d'appui plus sûr que par la première méthode.

Dans le pansement du malade, ce chirurgien ne fit pas de suture osseuse, et chercha, comme il en a l'habitude à la suite de toute amputation, à obtenir la *réunion immédiate des parties molles profondes en contact avec les sections osseuses* à l'aide d'une lame de gutta-percha et de compresses graduées serrées avec une bande. Il ne survint qu'un abcès dans la gaine du tibial postérieur, et, au bout de deux mois, la guérison était si parfaite que le malade pouvait aller à cloche-pied sur son moignon, dont nous avons vu le modèle en pâte dure (système Baretta) et qui supportait sans aucune douleur, aucune gêne, le poids du corps tout entier. Une bottine à semelle circulaire constitua tout l'appareil prothétique. — Ce jeune homme, encouragé par un tel résultat, ne manqua pas alors de réclamer immédiatement la même amputation du pied droit; mais ce n'est que le 21 janvier 1874 que M. Le Fort se décida, sur ses instances, à la pratiquer d'après les règles que nous avons indiquées plus haut, mais avec un peu plus de difficulté, cette fois, parce que l'astragale était en partie luxé. Même abcès consécutif dans la gaine du tibial postérieur; même guérison aussi complète que la première, et le chirurgien s'enquiert actuellement de perfectionner les deux appareils prothétiques avant de présenter le sujet à l'Académie de médecine.

A l'aide de cette opération on laisse, en effet, une base de sustentation bien plus large et solide, puisqu'elle est représentée par le talon recouvert de ses tissus intacts et par les apophyses calcanéennes, que l'on doit considérer, à juste titre, comme le véritable point d'appui. De plus, on évite le déplacement du lambeau, qui a lieu souvent quand on emploie les autres procédés, par suite du tiraillement

exercé sur le tendon d'Achille par la contraction incessante de la masse des gastro-cnémiens. Enfin, on évite plus facilement, pendant l'exécution opératoire, la lésion de l'artère tibiale postérieure.

3° DÉSARTICULATION PHALANGO-PHALANGINIENNE DU PETIT DOIGT; — RÉUNION PAR PREMIÈRE INTENTION. — Il est assez rare de voir, dans nos hôpitaux de Paris, les moignons arriver à cicatrisation complète sans passer par la période suppurative, même quand il ne s'agit que d'extirpation de doigt ou d'orteil; aussi ne paraît-il pas dépourvu d'intérêt d'en mentionner brièvement un exemple qui s'est offert à nous à Lariboisière.

A la suite d'un panaris mal soigné de l'auriculaire droit, un homme de 30 ans garda une rétraction complète des tendons fléchisseurs de ce doigt qui, en s'atrophiant, se recourba à tel point que, au moment où nous l'avons vu, la flexion était portée à son maximum et que, par suite de cette position vicieuse, l'ongle commençait à s'implanter dans la peau de la paume de la main. Il en résulta pour lui, outre la difformité, une gêne continuelle pour le travail, qui le força à venir réclamer une opération de complaisance que M. Tillaux ne crut pas devoir lui refuser et qu'il supporta sans sourciller, assis sur une chaise et non chloroformisé.

Un petit lambeau semi-lunaire dorsal fut dessiné, taillé et disséqué aux dépens de la face correspondante de la phalangine; il fut ensuite relevé, ce qui permit d'achever la désarticulation phalango-phalanginienne : la tête de la première phalange fut alors réséquée avec une petite scie fine et le lambeau réappliqué sur la section osseuse. On institua immédiatement un pansement par occlusion à l'aide de petites bandelettes agglutinatives et du cérat. Au bout de quatorze jours, cet homme, qui depuis le moment de l'opération n'avait pas ressenti la moindre douleur, le plus léger malaise, enlevait lui-même la cuirasse de diachylon sous laquelle la cicatrisation complète s'était effectuée, sans donner lieu à une seule gouttelette de suppuration.

4° MAL PERFORANT; — DÉSARTICULATION DU GROS ORTEIL GAUCHE; — RAQUETTE MODIFIÉE. — Lorsque le *mal perforant* est arrivé à sa troisième période, c'est-à-dire lorsque l'ulcération, qui est le caractère pathognomonique de cette affection, a gagné en profondeur et s'est terminée par des lésions osseuses, la seule ressource qui reste est l'ablation de la partie malade.— C'est la conduite que vient de suivre M. Duplay (Saint-Antoine) dans un exemple de cette nature qui se trouvait probablement sous la dépendance d'une lésion trophique des nerfs de la région, et qui se caractérisait par la présence d'un orifice fistuleux large et profond siégeant, chez un vieillard, au niveau de la face plantaire du gros orteil gauche. L'article phalangien était complétement malade, et la propagation du processus ulcératif à toute l'épaisseur de l'orteil justifiait trop bien, en ce cas, la dénomination de mal perforant.

Pour éviter la mise à nu de la tête du gros métatarsien et reporter le plus en dehors possible la cicatrice ultérieure, afin qu'elle ne subisse pas une irritation incessante par le fait de la pression de la chaussure, M. Duplay transporta l'extrémité postérieure de la raquette en dehors, c'est-à-dire près du premier espace interdigital, et pratiqua le reste de l'opération comme à l'ordinaire. De cette manière, la tête du premier métatarsien se trouve complétement recouverte, et, si on prend soin, en même temps, de ménager une quantité de peau suffisante, on empêche la tension des parties molles sur la saillie osseuse, qu'il est inutile de réséquer comme dans le procédé de Dupuytren. M. Duplay a utilisé, en ce cas, avec succès le pansement ouaté.

XXII

Sommaire. — Plusieurs cas de sarcome mélanique. (De la gravité de ce néoplasme; de sa généralisati à l'exemple des autres tumeurs malignes.)

Les sarcomes mélaniques constituent par leur ensemble un groupe de tumeu dont les exemples ne laissent pas que d'être assez rares, tant dans la pratique de vie civile que dans les hôpitaux eux-mêmes : aussi n'est-il jamais inutile ni sa intérêt pour la science, chaque fois que l'occasion nous favorise, de les faire co naître, de les réunir, de les comparer même au besoin, de façon à en tirer certai préceptes généraux qui n'ont peut-être pas été jusqu'ici suffisamment établis da nos traités classiques. Hâtons-nous de dire cependant que, depuis quelques anné des recherches histologiques (Robin, Dict. encyclopéd.) et des expériences physi logiques de la plus haute valeur ont jeté un jour tout nouveau sur la question de mélanose (Goujon, Liouville, Cornil et Trasbot, 1868).

Nous avons eu le bonheur d'observer, dans divers services d'hôpitaux, une sé de ces tumeurs mélaniques qui nous ont présenté une grande variété de siége (fa œil, paupières, jambe, pied, anus) et nous ont encore confirmé, au moins po quelques-unes, dans cette idée fâcheuse que nous avons déjà émise dans une de n *Revues*, à savoir : que ce produit accidentel, qui n'est pas, chez les animaux, un é pathologique, s'il est lent à se développer et s'il reste parfois longtemps stationnai n'en est pas moins extrêmement redoutable chez l'homme, par la facilité av laquelle il infiltre les tissus, par les récidives fréquentes auxquelles il donne li soit sur place, soit dans les ganglions; enfin, par sa généralisation possible, qui le cède en rien à celle des tumeurs de la plus mauvaise espèce.

I. Crane, face. — Les trois cas qui nous ont semblé les plus simples sont ce que nous avons recueillis à Saint-Louis et à la Pitié.

a. Dans l'un, il s'agissait (service de M. Péan) d'une petite masse saillante globuleuse, de la grosseur d'une aveline, située, chez un vieillard, au niveau de *région fronto-pariétale* gauche. Elle remontait déjà à plusieurs années, ne s'ét accrue qu'avec lenteur, sans déterminer la moindre douleur et sans devenir siége d'aucun ramollissement. La surface de la tumeur, sans être lobulée, prése tait cependant des points un peu plus saillants que d'autres : après son ablatio l'aide du bistouri, qui n'offrit du reste aucune difficulté, on put constater que

coupe avait tout à fait l'aspect de la truffe, ce qui porta à croire que le produit morbide était presque exclusivement composé de mélanose pure.

b. Dans un autre cas (même service) la malade, vieille femme de 79 ans, attribuait le début de son mal à un coup violent qu'elle avait reçu sur la mâchoire inférieure; elle avait vu, depuis six mois, apparaître au niveau de la partie latérale droite du *menton* une tache foncée, qui peu à peu était devenue proéminente. La tumeur, d'un noir grisâtre, qui avait la forme et la grosseur d'un dé à coudre, était recouverte d'une croûte mollasse et inquiétait la malade, surtout parce que depuis quelque temps elle était devenue le siége d'*hémorrhagies* fréquentes et très-abondantes. Elle n'y avait jamais ressenti la moindre douleur, absolument comme dans le cas précédent, et aucun ganglion sous-maxillaire n'était envahi par le mal. — L'ablation de cet épithélioma mélanique se fit avec la même facilité : toutefois on prit garde, tout en enlevant la totalité du produit, qui avait plutôt fait saillie en avant et ne s'enfonçait pas profondément, de ne pas intéresser le cul-de-sac gingival inférieur.

Bien que le fait étiologique de traumatisme ne soit pas signalé par les auteurs, nous croyons qu'il n'a peut-être pas été étranger, chez cette femme, comme dans le cas de tumeur de la paupière mentionné plus loin, au développement de l'affection. Nous avons entendu, en effet, M. Verneuil citer, dans l'une de ses cliniques, l'exemple d'une concierge qui, s'étant piqué un doigt, avait vu naître au niveau du point lésé une verrue traversant tout le derme, puis un champignon mélanique du volume d'un gros grain de chènevis, qui fut détruit par l'application d'un caustique et qui n'avait pas encore réapparu au bout de plusieurs années.

c. Le troisième exemple (service de M. Verneuil, Pitié) est relatif à un jeune homme de 21 ans dont la tumeur, ou plutôt les tumeurs occupaient la *joue* gauche. Le mal avait débuté par l'apparition de petits papillomes dont la guérison fut obtenue à l'aide de cautérisations. Peu après, il vit se développer au même niveau sept à huit petits tubercules hémisphériques, irréguliers, pigmentés, de nature mélanique, ne s'étendant pas en profondeur, mais limités essentiellement à la peau, et à côté desquels se trouvait aussi une autre tumeur un peu plus volumineuse, c'est-à-dire de la grosseur d'une merise, qui était charnue, luisante, non mélanique, mais bien fibro-plastique. La maladie ne semblait pas tout à fait locale; car, outre ces petites masses qu'on enleva aisément avec l'instrument tranchant, il existait un ganglion carotidien tuméfié dont on fit également l'ablation, mais qui pourtant ne présentait pas la dégénérescence pigmentaire : quelques semaines après, la cicatrisation semblait complète.

Un des *siéges* de prédilection des sarcomes de cette espèce, qui n'a pas attiré non plus l'attention des auteurs, est le membre inférieur, et surtout le pied et les orteils.

II. Jambe. — Un cas de ce genre nous montrant que ces tumeurs sont, à l'exemp des autres cancers, fort susceptibles de s'ulcérer, s'est offert il y a quelque temps nous dans le service de M. Desormeaux, à l'hôpital Necker. Une femme, jeu encore, portait sur toute la région externe de la *jambe droite* une multitu de tumeurs mélaniques de grosseur différente, depuis celle d'une lentille jusqu celle d'une petite noix. Toutes avaient débuté par des taches d'un noir violet, do quelques-unes se retrouvaient encore sur divers points, et dont la plupart, devena de plus en plus saillantes, avaient constitué des petites masses qui furent caut risées. Au moment où nous avons vu la malade, deux de ces tumeurs étaie ulcérées et légèrement fongueuses, et fournissaient un liquide sanieux, coloré assez abondant. Tout autour, la peau avait un aspect granité et les ganglions ingu naux étaient fortement tuméfiés. Évidemment, chez cette femme, les cautérisatio incomplètes auxquelles avaient été soumis ces produits de nouvelle formati n'avaient contribué qu'à donner un coup de fouet à la maladie et à lui faire prend une extension considérable.

III. Pied, talon, orteils. — Le professeur Erichsen dit, en parlant de c tumeurs, dans *The Science and Art of Surgery* (t. I, p. 681) : « J'ai rencontré u « tumeur de cette nature (sarcome mélanique) de la grosseur d'une noix, située « niveau de la partie externe du *pied*, chez une dame de 70 ans. Je la détruis « complétement, et avec succès, à l'aide de la pâte au chlorure de zinc. Quelq « temps après l'opération, on vit apparaître dans l'épiderme de petites tach « noires tout autour de la cicatrice, qui n'en continua pas moins à se consolider « à arriver à bonne fin. »

M. Broca a aussi opéré avec succès une tumeur de ce genre située *sur l'un d orteils*, et la cautérisation réussit également à M. Verneuil chez un négociant q portait *au pied* une tumeur analogue, et qui put reprendre ses occupations, tout conservant cependant un engorgement des ganglions de l'aine. — Chez l'opéré professeur Erichsen, y a-t-il eu guérison bien réelle, et les taches naissantes dont mentionne l'existence n'étaient-elles pas l'indice d'un commencement de récidiv comme on l'observe si souvent à la suite de semblables opérations? L'auteur s'explique pas à cet égard, et nous le regrettons, car c'est là une crainte très-lég time, surtout quand on on a affaire aux tumeurs mélaniques. En effet, dans l cas de M. Nicaise (tumeur mélanique du *talon*) et de M. Verneuil (tumeur du gr orteil), la généralisation ne s'est pas fait attendre. Le dernier de ces exemples, do nous voulons dire un mot, était relatif à un homme de 36 ans, dont le mal siégea dans l'*espace interdigital* du gros orteil : il s'agissait de petites masses semblables des grains de cassis, pour la forme et la couleur, et que la disposition pédicul permit d'enlever à l'aide de quelques coups de ciseaux; la guérison fut d'abo complète ; mais, six mois après, on vit apparaître des taches noires au niveau d

divers points de la peau, les ganglions de l'aine se prirent, de petites tumeurs se manifestèrent sur les parois du ventre, une ascite annonça que le système ganglionnaire intra-abdominal n'échappait pas à l'infection, et le malade, en un mot, fut en proie à la cachexie la plus épouvantable.

On rencontre parfois des personnes qui offrent une prédisposition pigmentaire fort remarquable. Chez les unes, c'est là un fait normal, une véritable diathèse qui ne trouble en rien les fonctions de l'économie, et qui se traduit simplement par la présence de petites granulations colorées, amorphes, qui, charriées en grande quantité, viennent se déposer isolément ou en groupes et sans aucun ordre, au milieu des éléments anatomiques de la peau ou ailleurs. Chez d'autres, leur présence n'est plus aussi physiologique, car leur exagération coïncide parfois avec le développement d'une affection interne, une fièvre intermittente de mauvaise nature, par exemple. Or, il y a lieu de se demander si, chez ces individus à *pigmentation exagérée*, les néoplasmes qui peuvent apparaître sur diverses parties du corps ne subissent pas quelque modification dans leur texture, et ne prennent pas un caractère de gravité plus inquiétant.

C'est là une question nouvelle qui ne manque pas d'intérêt et qui ne peut être entièrement résolue que par une observation clinique de longue haleine; cependant l'exemple suivant, dont nous avons été encore témoin dans le service de M. Verneuil, à la Pitié, et qui est remarquable à plus d'un titre, nous semblerait de nature à prouver que cette pigmentation physiologique a une tendance marquée, s'il survient des productions accidentelles, à se combiner avec elles, à les transformer, et, par suite, à aggraver singulièrement le pronostic. Le cas dont nous voulons parler est celui d'un épithélioma palpébral qui fut opéré d'abord avec succès chez un individu offrant divers points de pigmentation sur le corps, et qui ne tarda pas à récidiver dans les ganglions sous forme de sarcome mélanique; en voici les principaux détails :

Un homme de 47 ans, vigoureux, offrant sur la face dorsale des deux mains des taches pigmentaires, mais sans hypergenèse des éléments anatomiques, et une seule au niveau du bord libre de la paupière supérieure droite, fut opéré en 1862, par M. Verneuil, d'un épithélioma sudoripare ulcéré occupant la paupière gauche, et dont il guérit rapidement. Comme cette variété de tumeur est l'un des néoplasmes les moins dangereux, on porta un pronostic bénin. Il présentait cependant, au moment de l'opération, un petit ganglion parotidien pré-auriculaire qui, ayant pris de l'accroissement, fut également enlevé, et avec le même succès, quatre mois après l'ablation de la tumeur palpébrale. A la coupe, ce ganglion décela déjà quelques granulations élémentaires colorées que l'on était en droit d'attribuer, non pas au cancroïde simple, mais bien à la mélanose combinée au tissu de nouvelle formation. Au moment de cette seconde opération, il existait aussi un petit ganglion sous-maxillaire qui, en douze ans, acquit le volume d'un œuf de poule, fut enlevé récemment par

M. Verneuil, et se trouva représenter une masse sarcomateuse mélanique. Ains. chez ce malade, par le fait de la présence du pigment dans l'économie, il y eut com binaison d'une tumeur relativement bénigne (épithélioma sudoripare) avec un autre dont la gravité est bien plus grande (sarcome mélanique), ou plutôt l'inter vention de la matière pigmentaire dans le néoplasme récidivé avait suffi, à elle seul à transformer la nature de l'affection primitive, et à en faire une forme des plu redoutables de productions accidentelles.

Cet exemple nous semble d'autant plus curieux que ce n'est pas avec l'épithéliom sudoripare, mais bien avec le cancer proprement dit, que se mélange le plus souven la mélanose.

Si un épithélioma peut donner lieu, dans des circonstances spéciales, à une réci dive mélanique, par contre les tumeurs secondaires, qui se forment parfois à la suit d'une opération de mélanose, peuvent présenter la nature purement cancéreus comme plusieurs observations en font foi dans la science.

IV. Œil, paupières, ganglions, os, anus. — De tous les organes, après la peau où l'on signale la présence du sarcome mélanique, c'est incontestablement le *glob oculaire* et ses dépendances, *paupières, conjonctive*, *caroncule,* etc., qui se trou vent le plus souvent atteints. Nous avons relaté dans nos *Revues* de mars, mai e juillet 1873, trois faits de sarcome mélanique : le premier (cas de M. Richet) pro venant de la caroncule droite, fut même, après l'extirpation du globe oculaire l'objet d'une sixième récidive, et, par conséquent, se trouva au-dessus de tout espèce de nouvelle tentative chirurgicale. Les deux autres exemples étaient, l'u (service de M. Gosselin) un sarcome mélané récidivant de la conjonctive bulbaire l'autre une tumeur de même nature (M. Richet), intéressant le bulbe oculair et qui réclama l'ablation du globe de l'œil.

Depuis cette époque, nous avons eu l'occasion d'en observer deux autres faits dan le service de M. Labbé, à la Pitié.

L'un d'eux était un exemple de *tumeur mélanique de la paupière supérieure droite* dont le malade, un homme de 38 ans, faisait encore remonter l'origine à un *trauma tisme* produit par un coup de crosse de fusil. Grosse comme une noisette et occupant l côté interne de la paupière, elle fut opérée une première fois. Elle ne tarda pas à récidiver, et, trois ans après, tout le voile palpébral était complètement envahi De plus, comme chez deux des malades que nous avons mentionnés plus haut, ce homme présentait des taches mélaniques sur diverses parties du corps, principa lement sur le nez et le sinciput. La tumeur palpébrale se composait évidemmen de deux portions : l'une superficielle, la seule visible, soulevant la peau et y pro duisant deux ou trois bosselures dont la couleur ne laissait aucun doute sur la nature du produit morbide; l'autre, profonde, qui faisait suite à la précédente, mais dont on ne connaissait point les limites, car elle s'enfonçait au loin dans l'orbite.

était facile de comprendre, par là, qu'on avait affaire à un cas des plus complexes, pour lequel M. Labbé se montrait peu soucieux de tenter une opération, à laquelle il ne se résolut que parce que le malade la réclamait impérieusement. Une incision curviligne à convexité inférieure fut pratiquée sur la paupière supérieure, et mit à nu une masse de gros grains mélaniques reliés entre eux en forme de grappes de cassis, qui furent successivement disséqués avec soin aussi loin que possible, en attirant le bord palpébral en bas. Voyant que le produit morbide s'enfonçait dans l'orbite à une profondeur dont il était impossible d'atteindre les limites, l'opérateur fut obligé de s'arrêter, bien décidé à proposer plus tard au malade l'extirpation totale du globe oculaire, dont la vision était encore, à ce moment, entièrement conservée.

Chose singulière ! Malgré cette opération inachevée, nous avons pu voir, quelques semaines plus tard, la plaie complétement cicatrisée; mais nous ne croyons pas trop nous avancer en présumant que le mal a suivi sa marche fatale, et qu'il est aujourd'hui, selon toute probabilité, au-dessus de toutes les ressources de la chirurgie.

Le second malade, auquel M. Labbé se proposait également d'enlever l'œil, présentait un *sarcome mélanique du bulbe oculaire* lui-même, ayant très-probablement débuté par la choroïde. C'était un jeune homme de 23 ans, dont la grand'mère avait succombé à un cancer de la mamelle. (Dans le cas cité par M. Nepveu à la Société de biologie 1872, la mère et la tante du jeune homme de 30 ans étaient aussi mortes cancéreuses.) Il perdit la vue, du côté droit, sans cause connue de lui, car il ne souffrit jamais de l'œil, qui grossit surtout depuis une année et fut le siége d'une coloration insolite. On constatait, en effet, quand nous avons examiné ce jeune homme, au mois de mars dernier, la présence sur la sclérotique droite, qui n'était pas entièrement détruite, de petites tumeurs grosses comme un pois et d'un bleu violet; la plus interne était la plus volumineuse, et toutes étaient entourées d'une vascularisation fasciculée au milieu de laquelle se trouvaient encore quatre à cinq petites taches non saillantes d'un bleu foncé. Tout le champ sclérotidien possédait une teinte générale bleuâtre; la cornée était dépolie et tout le globe était très-dur. Quant à l'ouverture de la pupille, elle était agrandie, et les mouvements de l'iris étaient complétement abolis; cependant le malade pouvait encore de cet œil distinguer vaguement la lumière du jour.

Les exemples que nous venons de citer nous font donc voir que le sarcome mélanique peut débuter soit par les éléments anatomiques des tissus qui enveloppent le globe oculaire, soit par ce globe lui-même. Relativement au premier groupe de ces tumeurs, de Graefe, qui les a étudiées d'une façon spéciale, a pris soin de signaler un mode tout particulier dans leur développement. Il a remarqué qu'à leur début elles ne se présentent pas avec la physionomie des productions hétéroplastiques :

elles ne sont alors composées que de matière pigmentaire analogue, sous tous : rapports, avec celle que l'on rencontre normalement dans les divers tissus : (agrégats de granulations élémentaires se déposent dans l'épaisseur de la conjoncti bulbaire ou palpébrale, et ce n'est que consécutivement et à une époque que l'on peut préciser qu'elles subissent une nouvelle phase qui leur permet de rentrer da la classe des néoplasmes proprement dits.

L'épithélioma de l'*extrémité inférieure du rectum* n'est pas chose rare, mais n'en est pas de même du sarcome mélanique siégeant au niveau de cette derni partie de l'intestin : nous en avons observé à l'Hôtel-Dieu un cas des plus grav ayant donné lieu tout d'abord à une singulière erreur de diagnostic. Une jeu femme de 32 ans, blonde et très-lymphatique, portait au niveau de l'anus u tumeur dont le début remontait à trois ans, du volume et de la forme d'une pet tomate, et qui, ulcérée en plusieurs endroits, fournissait un ichor sanieux fétide. Sur un des points de sa surface se trouvait une *plaque noire*, qu'en raison la contracture énergique et permanente du sphincter, on attribua à la gangrène d'u partie de la masse morbide par étranglement. La malade réclamant l'opération av instance, elle fut pratiquée à l'aide de la ligature, malgré la présence d'un pe ganglion de l'aine droite, assez récent pour qu'on pût le croire seulement nature inflammatoire.

A la coupe, il fut facile de reconnaître qu'on avait affaire à une tumeur de ma vaise nature mixte, avec dépôt de matière pigmentaire dans divers points de masse. Les ganglions inguinaux ne tardèrent pas à augmenter de volume, et il forma un foyer de suppuration à leur niveau; ceux du côté gauche commencère également à se tuméfier : une récidive apparut à l'endroit même de l'ancienne o ration, puis la généralisation arriva et, moins d'un mois après, l'état de cette m lade ne laissait plus aucun espoir.

Ce n'est pas seulement dans les tissus mous, cutanés ou viscéraux, que le sarcon mélanique peut élire son domicile; il se rencontre aussi, dans le *squelette*, à l'é d'infiltration médullaire, soit dans les os longs, soit dans les os courts, les vertèbr plus spécialement, où on l'a vu envahir tout le tissu spongieux. Dans l'atlas d'*an tomie pathologique* de M. Lancereaux, on trouve deux figures représentant un sa come mélanique de l'extrémité supérieure de l'humérus, formant une tumeur lobul assez ferme et développée aux dépens de la couche périostale. Dans l'une des de planches, la coupe de la tête humérale montre une masse mélanique, rappela jusqu'à un certain point la disposition du tubercule enkysté, logée dans le tis spongieux et au milieu de laquelle on distingue visiblement un petit foyer sarc mateux.

Il est donc facile de voir, d'après le court exposé que nous venons de faire s les *mélanomes,* que ces tumeurs assument un caractère de haute gravité et ont u

grande propension à la récidive et même à la généralisation. Tout d'abord, si on n'est pas prévenu, on les opère avec succès apparent; elles se renouvellent, sont encore enlevées, et finissent par se propager aux viscères ; nous venons de le constater chez plusieurs des malades que nous avons passés en revue; M. Marjolin en a observé la reproduction sur toutes les parties du corps (Soc. de chirurgie, 1868), et M. Demarquay, à la suite d'ablation d'une tumeur mélanique, a vu son malade succomber à des accidents cérébraux tenant très-probablement à la récidive du mal dans les centres encéphaliques.

Quel est le mécanisme de cette infection? Et de quelle manière peut-on acquérir la preuve matérielle de la généralisation? C'est là une double question de physiologie pathologique dont tous les points sont loin d'être suffisamment élucidés : il est, cependant, permis de croire avec certains auteurs, M. Nepveu entre autres (*Contribution à l'étude des tumeurs mélaniques*, Gaz. médic., et Soc. de biologie, 1872), que la matière pigmentaire provient très-probablement du sang lui-même par diffusion, et que cette généralisation s'effectue à la manière des *procédés emboliques*, comme cela a lieu pour les suppurations.

C'est là une opinion qui, bien qu'elle ne soit pas adoptée de tous, n'est pas seulement hypothétique, puisque M. Nepveu, en examinant le sang tiré du doigt par une piqûre d'épingle, chez un individu sous le coup de l'infection mélanique, aurait trouvé une augmentation notable des globules blancs, dont quelques-uns renfermaient de fines granulations pigmentaires, et aurait constaté une coloration foncée du sérum également avec des granulations brunes et de petits cylindres qui semblaient reproduire le moule des vaisseaux capillaires.

De plus, l'absence ou la découverte de ces granulations en quantité plus ou moins considérable dans le torrent circulatoire ne constitueraient-elles pas un élément précieux du diagnostic, au point de vue des indications thérapeutiques, qui vous préviendrait que, dans tel cas, on peut encore songer à une ablation ayant quelque chance de succès; que dans tel autre, au contraire, l'infection est complète, et par conséquent au-dessus de toute tentative opératoire?

XXIII

SOMMAIRE. – Exostoses du pubis et du fémur (ostéogénique et de développement).

EXOSTOSES SOLITAIRES (*du pubis et du fémur*). — Cette variété d'exostose (d développement, de croissance, épiphysaire, ostéogénique) qui, dans ces dernière années, a été étudiée avec un soin tout particulier, au point de vue de l'anatomie (de la physiologie pathologique, par M. Broca et par M. le docteur Soulier dans so excellente thèse inaugurale de 1864 : *Du parallélisme parfait entre le développ ment du squelette et celui de certaines exostoses*, ne laisse pas que de soulever encor bien des doutes si on les envisage sous le côté de la thérapeutique. — Les chirurgien de nos jours sont cependant à peu près unanimes pour affirmer qu'il faut être, à c sujet, extrêmement réservé dans les tentatives opératoires; parmi eux, il en est qu rejettent toute intervention d'une façon absolue; il en est d'autres, au contraire qui ne croient pas sortir des limites de la prudence en opérant ces sortes d tumeurs, surtout lorsqu'elles persistent après l'âge de l'adolescence, lorsqu'elle prennent de l'accroissement et menacent d'envahir et d'englober une articulatio ou bien si, outre la gêne considérable et la difformité qu'elles occasionnent, elle sont le siége de douleurs névralgiques intenses ou le point de départ d'acciden locaux, irritatifs, inflammatoires ou autres, qui compromettent plus ou moin la santé du malade. C'est à ce dernier point de vue (opportunité de l'opératior que nous croyons de quelque intérêt de relater deux cas de ce genre que nous venor de voir opérer dans les hôpitaux.

I. — Le premier exemple a trait à une EXOSTOSE PUBIENNE, *non symétrique*, qu nous avons observée dans le service de M. Duplay, à l'hôpital Saint-Antoine.

Il s'agissait d'un garçon de magasin de 37 ans, bien portant, ne se trouvant sous l dépendance d'aucun vice diathésique et qui avait vu débuter, il y avait enviro deux années, sans cause connue, sans influence locale, et sans traumatisme anté rieur, une *tumeur* sur le pubis, du côté droit. Elle acquit tout d'abord les dimer sions et la forme d'une grosse noisette très-dure et immobile sur le squelette sou jacent. Peu à peu elle augmenta de volume, et au moment où nous en fîmes l'ex men, elle avait les dimensions d'un gros œuf, dont la partie libre était comme éla gic, et présentait plusieurs bosselures irrégulièrement arrondies; sa dureté était cel de l'os, et elle était absolument fixe, implantée solidement sur le bassin au niveau (

'épine pubienne, à l'union de la branche ascendante de l'ischion et de la branche lescendante du pubis.

Indolente dans les premiers temps, cette tumeur avait fini par occasionner chez e malade des douleurs dont le siége précis avait un caractère assez vague, mais qui rradiaient, cependant, sous forme intermittente et névralgique (probablement par ompression de quelques branches des nerfs du plexus sacré), dans le scrotum du ôté du cordon et du testicule, dans la cavité pelvienne et du côté de la fesse corespondante. M. Duplay ne crut pas devoir refuser au malade l'opération que ce lernier réclamait, non-seulement à cause des troubles de voisinage qu'elle avait léterminés, mais parce que cette tumeur, en raison de son siége, pouvait, en augmenant de volume, englober, ou tout au moins comprimer le canal de l'urèthre et nécessiter plus tard une opération beaucoup plus grave par elle-même, et surtout pour l'appareil génito-urinaire.

Ayant averti préalablement le malade du danger auquel l'exposait l'ablation de ette exostose, il l'enleva sans difficulté à l'aide de la gouge et du ciseau, après avoir ncisé les téguments et une partie du droit interne et du muscle premier adducteur qui recouvrait la masse osseuse; elle était légèrement étranglée à sa base, et ses bosselures, parfaitement arrondies, de grosseur différente et séparées par des sillons plus ou moins profonds, étaient lisses et recouvertes par un revêtement blanchâtre lastique, paraissant de nature cartilagineuse et annonçant que le produit morbide, oin d'être arrivé à une période stationnaire, aurait subi sans doute, ultérieurement, n accroissement de volume, ce qui justifiait l'opportunité de l'opération.

Les troubles locaux et généraux auxquels donna lieu la suppuration de la plaie urent assez graves; il ne survint pas cependant de complication bien marquée du ôté de la cavité abdominale, et, un mois après l'opération, le foyer suppuratif, ntretenu encore par une nécrose partielle correspondant au point de section du édicule, commençait à se rétrécir, le malade reprenait des forces, et tout faisait spérer une guérison prochaine.

Les exostoses de l'intérieur du bassin ne sont pas chose rare, car on en rencontre e nombreux exemples dans les traités d'accouchement, et leur développement se rouve lié le plus souvent à la diathèse syphilitique; les exostoses pelviennes *accesibles* sont, au contraire, beaucoup moins fréquentes, principalement celles qui sont *olitaires*, comme dans l'exemple précédent. Sir A. Cooper (Œuvres, trad. de Berrand, t. I, p. 320) cite un malade qui en portait une, fort volumineuse sur le pubis, ccasionnant, comme celle que nous venons de rapporter, des *souffrances assez ives;* il en fit l'extraction avec la scie de Machel pour commencer, et celle de Hey our finir : la guérison eut lieu en un mois, et Velpeau (*Médec. opérat.*, t. III, . 203), dit qu'il a observé un jeune homme qui portait, en dehors de la crête iliaque u côté gauche, une exostose épaisse d'un pouce, longue d'un demi-pied et large

de près de vingt lignes; elle était placée en travers, ne causait d'ailleurs aucun douleur, et s'était développée en moins de deux ans. Ce jeune homme ne voulut s soumettre à aucune opération pour s'en débarrasser. Velpeau ajoute qu'il a ren contré des exostoses du même genre, et dans le même lieu, sur trois autres per sonnes; mais, comme elles n'offraient que peu de volume, il ne songea même pas leur opposer une tentative chirurgicale.

Les trois exemples que le docteur Soulier cite dans sa thèse sont des faits d'exos toses multiples existant, par conséquent, en même temps, sur divers points d squelette et qui sont tirés de Ribell (Thèse inaugurale, 1823), de l'atlas de Cru veilhier et de la Société anatomique, 1861; chacun d'eux est un spécimen curieu d'anatomie pathologique, où la question thérapeutique n'avait même pas pu êtr mise en cause.

L'exostose dont nous avons retracé brièvement l'histoire, et pour le développemen de laquelle on ne peut invoquer aucune spécificité ni aucun traumatisme, ne nou paraît pas non plus se confondre, au moins directement, avec celles que M. Broca dénommées exostoses épiphysaires de croissance ou de développement, et qui, si o les observe chez l'adulte, ont eu au moins leur début pendant la période de l'ado lescence; de plus, ces dernières sont, la plupart du temps, symétriques. Solitaire elle nous semble rentrer dans le groupe de tumeurs osseuses auquel M. Soulier donné le nom d'*ostéogéniques*, je n'ose dire *autogéniques*, car son volume n'étai pas aussi considérable que celui de cette dernière variété, et les douleurs qui l'ac compagnaient n'avaient pas non plus un caractère d'intensité extrêmement pro noncé. En poussant un peu loin la comparaison, on pourrait même la rapprocher comme pour le fait rapporté à la Société anatomique en 1827 par M. Martin, de *l'o marsupial des didelphes :* toutefois, dans ce dernier exemple, le prolongemen osseux était situé bien plus en dehors.

Quelle a été la cause de son développement? Ici rien de positif. Doit-on l'attri buer à un changement survenu dans la nutrition du squelette, à une sorte d'aber ration dans la distribution du suc osseux, portant plus spécialement sur l'épine d pubis? C'est assez probable; mais nous ne pouvons rien affirmer. Telle est, du reste l'opinion de Dupuytren, qui compare d'une façon fort ingénieuse ces espèces d tumeurs aux bosselures ou nodosités que l'on voit se développer sur le tronc de cer tains arbres par suite d'un *défaut de régularité dans la nutrition et la distributio de la sève*

II. — Le second fait dont nous avons été témoin dans le service de M. Péan, l'hôpital Saint-Louis (EXOSTOSE DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU FÉMUR), nou paraît se rapprocher, au contraire, beaucoup plus du groupe épiphysaire des auteur que nous venons de citer. Il offre surtout de l'intérêt, parce que le développemen d'un kyste volumineux, périphérique à la tumeur, et distendu par une grand

uantité de liquide, ne put permettre d'établir immédiatement le diagnostic de 'affection.

Une jeune femme de 27 ans, d'une constitution assez médiocre, accusait depuis lusieurs années une gêne assez notable dans la cuisse gauche, principalement après ne station verticale un peu prolongée; cette gêne s'accompagnait plutôt de pesan-eur que d'une douleur véritable, mais il n'était survenu dans le volume du membre ucun changement appréciable. Il y a deux ans environ, à la suite de fatigue et 'excès de travail, elle vit la partie interne et supérieure de la cuisse se gonfler, evenir plus tendue et être le siége de quelques douleurs; elle consulta un médecin ui ponctionna la tumeur, lui dit que c'était un *abcès* et vida complétement la oche; la malade resta quelque temps au lit : l'ouverture pratiquée se referma (on n voit actuellement les traces cicatricielles) et cette femme put reprendre ses occu-ations journalières en conservant la même gêne, la même pesanteur qu'auparavant. a tuméfaction de la cuisse reparut bientôt, sans douleur plus violente, sans phé-omènes généraux, mais déterminant une *claudication* comparable à celle d'une ersonne atteinte de coxalgie. A l'examen, on sentait facilement à la face supéro-nterne de la cuisse gauche, c'est-à-dire dans la région du petit trochanter, une uctuation manifeste transmise à travers une couche musculaire épaisse par une oche profonde remplie de liquide; l'absence de phénomènes locaux (rougeur, dème de la peau, douleur à la pression), et de troubles généraux, le commémo-atif fourni par la malade qu'une première ponction avait donné issue à du liquide le caractère de fluctuation évidente de cette tuméfaction, amenèrent au diag-ostic de *kyste* profond de la cuisse; rien, en effet, ne pouvait faire supposer la véri-ble nature de l'affection.

M. Péan ayant incisé, sur la partie la plus saillante de la masse, la peau et la ouche épaisse de muscles, pénétra dans une cavité spacieuse d'où s'échappa une rande quantité de liquide louche, séro-visqueux, et au fond de laquelle le doigt entit aisément une tumeur pédiculée insérée sur le petit trochanter, ou tout près de ette éminence, et dont la partie saillante se dirigeait en dedans, était lisse, lobulée, régulière et constituée par des petites masses globuleuses juxtaposées les unes aux utres; on avait évidemment affaire à une *exostose revêtue d'un kyste synovial* qui avait obscurci singulièrement le diagnostic. Le chirurgien agrandit sur-le-champ ouverture extérieure; mais, en raison de la grande profondeur à laquelle se trouvait tuée cette masse osseuse, et à cause de sa direction, il ne put faire la section du édicule avec une scie à chaîne qu'après de longues difficultés et après avoir pra-qué une large contre-ouverture à la partie externe du kyste. Le drainage était, en uelque sorte, institué par les temps de l'opération; la suppuration s'établit, et, ois semaines après, la malade allait bien. Nous croyons qu'elle a guéri. Une cir-onstance importante à mentionner ici, est que cette femme a avoué tardivement

qu'elle portait depuis de longues années une petite tumeur dure qui, ne la génar pas, n'avait que médiocrement attiré son attention.

Cette exostose que nous avons dessinée avait à peu près la longueur d'un œuf, (son pédicule était très-accentué. Elle se présentait sous forme de chou-fleur dis posé en deux grosses masses principales, séparées par un sillon un peu profond chacune de ces masses était elle-même composée d'une multitude de petits lobule groupés les uns à côté des autres, et semblables à des gouttelettes de cire limitée par d'autres sillons beaucoup plus petits; un de ces lobules secondaires, plus isol plus rapproché du pédicule, était plus saillant en dedans et ressemblait à une pe tite apophyse coracoïde. Tout ce produit osseux était lisse, recouvert par un minc revêtement d'apparence cartilagineuse que l'on pouvait enlever en grattant avc l'ongle.

Le dernier détail commémoratif rapporté plus haut nous porte à penser qu'o avait affaire ici à une *exostose épiphysaire* et *solitaire*, développée, comme cel arrive presque toujours en pareil cas, du côté de la partie interne du membre, et qu a eu comme point de départ une déviation du travail d'accroissement de l'os. Peut être, cependant, ne devrait-on l'envisager que comme un simple *ostéophyte* d petit trochanter fémoral?

La complication toute particulière à laquelle a donné lieu la présence de cett exostose et qui a été préjudiciable au diagnostic, je veux parler du développemei du *kyste synovial périphérique*, cette complication, dis-je, s'est rencontrée déjà plusieurs reprises dans la science, et on ne peut guère en attribuer la cause qu'au mouvements du membre et au frottement incessant des masses fibreuses ou mus culaires sur la production osseuse anormale, comme cela se remarque également su les saillies normales du squelette.

Une des observations qui se rapprochent le plus du fait précédent est celle c M. Duguet (*Bullet.* de la Société anatomique, 1863), intitulée, dans la thèse c M. Soulier : *Ostéophyte du petit trochanter du fémur; bourse séreuse accidentel (exostose ostéogénique.)* Cette dernière circonstance avait encore empêché, cet fois, d'établir rigoureusement le diagnostic. Il s'agissait d'un garçon de 23 an qui n'avait éprouvé que de la gêne, sans douleur, dans la cuisse gauche, et che lequel le volume du membre s'était accru insensiblement; comme chez notre ma lade, il y avait claudication dans la marche; et ce fut une ponction exploratrice qu ayant donné issue à un liquide séro-sanguin, dévoila l'existence d'une bours séreuse au-devant d'une tumeur osseuse non dénudée; le malade ayant succombé une fièvre typhoïde, on put constater que la masse osseuse avait le volume du poir d'un enfant de 7 à 8 ans, et qu'elle présentait aussi des *saillies en chou-fleur*. Ell était dure et recouverte partout d'une membrane fibro-séreuse un peu plus épais sur les saillies irrégulières, mais sans capsule de cartilage.

M. Broca (Soc. de chir., t. VI, 2e série, 1866) en a présenté un autre exemple qui a aussi plusieurs points de similitude avec celui que nous avons observé : l'exostose provenait, dans ce cas, d'un jeune homme de 19 ans qui la portait depuis dix ans environ. Elle était revêtue et coiffée par un *kyste synovial* qui en avait encore obscurci le diagnostic, et toute cette masse offrait le volume d'une tête de fœtus à terme, dont la consistance demi-dure et la fluctuation rappelaient celles du lipome. L'opération, pratiquée avec succès, fut assez laborieuse, à cause du voisinage de l'artère fémorale; une scie à chaîne fut passée au-dessous du col de l'exostose et l'excision put ainsi être faite sur le pédicule, sans ouvrir le kyste qui s'y trouvait accolé; la scie à chaîne ayant un peu glissé, il fallut enlever le reste du pédicule avec une scie à main. Dans cet exemple, les parois du kyste étaient épaisses et doublées de végétations fibrineuses comparables à celles de certaines hématocèles anciennes, et renfermaient environ un litre de sérosité sanguinolente. La tumeur avait le volume d'un petit œuf de poule, et son pédicule adhérait au fémur, au niveau de l'anneau du troisième adducteur.

Billroth, dans sa *Pathologie générale*, p. 717, 1868, dit, en parlant des exostoses épiphysaires, qu'on rencontre quelquefois au-dessus d'elles des *bourses muqueuses de nouvelle formation* renfermant même des enchondromes en voie d'ossification, soit adhérents aux parois, soit libres; ces bourses, ajoute-t-il, communiquent en général avec l'articulation près de laquelle l'exostose s'est développée. Rindfleisch (*Traité d'histologie pathologique*, 1872, p. 616), dit aussi, au point de vue du mode de développement du kyste séreux accidentel, que si la tumeur osseuse naît du bord supérieur de l'épiphyse, elle se trouve, en quelque sorte, dans l'intérieur de la cavité articulaire; à mesure qu'elle s'éloigne du cartilage, elle refoule la synoviale, se loge dans un diverticulum, et, finalement, dans une cavité synoviale séparée (*exostosis bursata*).

Dans un autre cas observé par Billroth, le malade fut emporté par la septicémie à la suite de l'extirpation d'une exostose de l'extrémité inférieure du fémur avec un *sac synovial* anormalement formé, qu'il s'était décidé à pratiquer, sur les prières instantes du malade. Enfin, le même auteur a vu la *bourse muqueuse*, qui recouvrait une exostose de l'extrémité inférieure de l'humérus, s'ouvrir spontanément en présentant des phénomènes inflammatoires modérés; il survint une suppuration de l'articulation du coude avec ankylose, mais le malade ne voulut pas consentir à la résection de l'articulation.

Une autre complication qui n'est pas moins rare que la précédente est la *fracture accidentelle* de l'exostose, qui a laissé croire tout d'abord à la solution de continuité de l'os lui-même, sur lequel elle était implantée. Le professeur Gosselin en a rapporté un très-bel exemple dans sa *Clinique chirurgicale* de la Charité (t. I, 1873, p. 89), chez un homme de 51 ans, dont la tumeur osseuse fémorale, qui avait la disposi-

tion d'une grosse arcade zygomatique, se brisa par le passage d'une roue de voiture sur la cuisse.

Dans un récent numéro du *British medical Journal*, on trouve encore qu'un jeune garçon se fractura, dans une chute, une exostose du tibia qu'il portait depuis quelques années, et qui, à la suite de cet accident, se résorba, au moins en grande partie. Un fait analogue s'était produit, en 1853 (*Moniteur des hôpit.*, p. 778), dans le service de M. Chassaignac, à l'hôpital Saint-Antoine, sur un infirmier en état d'ivresse, chez lequel la rupture d'une exostose de la partie inférieure du fémur fit croire pendant longtemps à une fracture de la cuisse. Ce chirurgien se demanda, à cette époque, si la pratique ne pouvait pas tirer quelque profit de ce que le hasard lui avait mis sous les yeux, et s'il n'y aurait pas avantage, dans certains cas, à produire volontairement la fracture d'une exostose pédiculée, afin d'en pratiquer ultérieurement l'ablation, alors que le tissu de la fracture serait cicatrisé depuis un temps plus ou moins long.

Nous devons dire que ce vœu s'est réalisé, au moins en partie, bien que nous soyons loin de recommander ce moyen comme une méthode générale de thérapeutique et comme essentiellement pratique; les journaux anglais et américains ont cité plusieurs cas de ce genre dans ces dernières années, et tout récemment encore (*the Lancet*, 25 juillet et 7 novembre 1874), M. Maunder a publié un exemple d'*exostose du fémur traitée par fracture sous-cutanée* à London hospital, que nous avons traduit, et que voici : Il s'agissait d'une jeune fille de 16 ans environ, qui portait une exostose globuleuse attachée à la partie inféro-externe du fémur, près du genou, par un pédicule étroit. Après avoir longtemps examiné la thérapeutique du cas en question, avoir discuté la possibilité de la rupture sous-cutanée et les conséquences probables de l'opération, le chirurgien anesthésia la malade, et, protégeant la peau par un morceau de peau de chamois, saisit la tumeur à l'aide de fortes pinces, et la brisa avec un mouvement brusque. Quarante-huit heures après il survint, sur le point opéré, une douleur et un gonflement qui ne persistèrent pas longtemps.

Un fait particulier, et qui s'était également présenté dans l'exemple de M. Chassaignac, fut que la tumeur osseuse reprit son attache au fémur : l'auteur regarde ce résultat comme aussi satisfaisant que possible, parce que la tête de l'exostose, au lieu de faire saillie à l'extérieur, tendait à se diriger, après la guérison, vers le centre du creux poplité : j'avoue que je ne vois là qu'un léger bénéfice au point de vue de la difformité. La jambe reprit sa rectitude et ses fonctions comme auparavant.

Si nous résumons la thérapeutique applicable en pareille circonstance, nous dirons qu'en principe, ces espèces d'exostoses ne doivent point être enlevées, et qu'on n'est autorisé à tenter une opération que :

1° Si les *troubles locaux* qu'elles occasionnent inquiètent trop vivement le malade, ou sont de nature à compromettre les fonctions de certains organes importants du voisinage (douleurs névralgiques violentes, compression de vaisseaux, compression de l'urèthre, ulcérations, phlegmons, kystes de nouvelle formation, etc.);

2° Si l'exostose est *solitaire* et limitée; car, dans les exemples de tumeurs multiples analogues à celui qui a été présenté par Huguier à la Soc. chir., 1857, t. VII, p. 144, il n'y a même pas lieu de songer à une intervention chirurgicale;

3° Si l'exostose est *superficielle*, bien que Hunter dise qu'il en a enlevé qui siégeaient au-dessous du muscle deltoïde (*The Works*, of J. Hunter F. R. S., edited by J. Palmer, 1835, p. 534, t. I);

4° Si elle est plus ou moins *pédiculée*. — En ce cas, la méthode de la rupture sous-cutanée et de l'ablation ultérieure de la masse osseuse, après cicatrisation du point fracturé, pourrait, je crois, trouver son application dans certains exemples, car l'exostose représente alors un véritable corps étranger isolé du squelette;

5° Surtout si elle *persiste, après l'adolescence*, et si elle continue à être le siége d'un développement considérable.

A toutes ces indications, nous devons joindre la précaution que tout chirurgien prudent doit prendre de prévenir le malade du danger auquel va l'exposer l'ablation de sa tumeur.

Quant à l'opération (résection), elle est plus ou moins facile suivant les cas, suivant la profondeur, le volume, le degré de pédiculisation de la masse osseuse, suivant sa direction et les complications qu'elle présente; nous avons vu plus haut que, dans les exemples opérés par M. Broca et M. Péan, cette excision a été accompagnée des plus grandes difficultés. Il en a été de même chez l'opéré qui fait le sujet de l'observation VII du mémoire de Roux, et auquel ce chirurgien ne put enlever qu'à grand'peine une exostose de l'extrémité inférieure du fémur qui avait contracté des adhérences avec les muscles de la région.

Dans les cas de non-pédiculisation, plusieurs auteurs ont même conseillé de morceler la tumeur en l'enlevant par tranche. C'est à l'aide de la scie à chaîne, de la scie à main, scies cultellaires, scie de Hey, scie à molettes, des divers ostéotomes, des gouges et des ciseaux, et en se servant alternativement de l'un ou l'autre de ces instruments, qu'on finira par mener à bonne fin une opération à laquelle on ne doit se résoudre, nous ne craignons pas de le répéter, qu'après y avoir mûrement réfléchi.

XXIV

Sommaire. — Exostose récidivante du second métatarsien. — Exostose sous-unguéale de la main. — Exostose de l'humérus chez un enfant. — Déformation crânienne, dite obliquité par propulsion uni latérale.

1° Exostose du second métatarsien; — ostéome. — Nous rapprochons à dessein des exemples d'exostoses, que nous avons relatés dans notre dernière Revue deux autres cas qui, s'ils peuvent être désignés sous la même dénomination, s'en écartent notablement, comme caractères anatomo-pathologiques, et comme étiologie.

Le premier de ces faits a été observé, dans le service de M. Ed. Cruveilhier à l'hôpital Saint-Louis. Il s'agissait d'une *tumeur osseuse* que présentait un homme de 45 ans, au niveau de la région plantaire gauche. Elle avait été le résultat d'une récidive bien lente, car, vingt-deux ans auparavant, Huguier avait déjà opéré ce malade d'une tumeur analogue située au même endroit. La plaie ne s'était jamais cicatrisée complétement, puis le mal s'était peu à peu reproduit sans déterminer de phénomènes généraux et en occasionnant seulement une gêne considérable dans la station verticale et pendant la marche, qui ne pouvait guère s'effectuer que sur le côté externe du pied. Cette tumeur avait la forme et le volume d'une petite pomme, irrégulièrement arrondie, bosselée, et d'une dureté pierreuse; elle était immobile sous les premier et deuxième métatarsiens, et on devinait sans peine que sa base devait être large : la peau qui la recouvrait était très-adhérente, détruite par places, où elle laissait le produit morbide à nu, épaisse dans certains endroits, amincie et bleuâtre dans d'autres. Presque au centre de la tumeur existait un orifice fistuleux par où un stylet pénétrait dans une portion osseuse cariée.

L'ablation de cette masse n'offrit aucune difficulté bien sérieuse, toute la peau désorganisée qui recouvrait le produit devant être enlevée et la dissection n'ayant intéressé que plusieurs artères de petit calibre; on constata chemin faisant que la tumeur ne faisait que recouvrir et englober le gros métatarsien et son articulation phalangienne, qui ne fut pas ouverte, tandis qu'elle avait son point d'implantation sur la face inférieure du second os du métatarse, dont on la détacha en la morcelant avec une scie à main, le ciseau et le maillet. On pratiqua le pansement ouaté, et le pied de ce malade, au bout d'un mois, ne présentait au niveau du point opéré qu'une plaie suppurante peu étendue, en bonne voie de guérison.

C'est là, à notre avis, un bel exemple de récidive sur place d'un ostéome, c'est-à-dire d'une masse osseuse anormalement développée, sous une forme tout à fait circonscrite, et qui n'était évidemment que sous la dépendance d'un processus inflammatoire chronique : un phénomène particulier qui nous a paru digne d'intérêt, est le travail de nécrose et de carie centrale dont la tumeur était le siége depuis quelques mois, et qui témoigne des efforts incessants, mais bien souvent impuissants, que fait la nature pour se débarrasser des néoplasmes qui viennent se greffer dans l'économie. A cet égard, cet exemple nous en a rappelé un autre de même nature que nous avons vu chez un homme du service de M. Dolbeau, à Beaujon : il s'agissait d'un ostéo-enchondrome d'un des doigts, qui présentait sur un point de sa périphérie un orifice fistuleux qui conduisait à une partie centrale cariée. — Ce fait d'observation clinique n'est pas extrêmement commun, mais se trouve consigné par plusieurs de nos auteurs classiques.

2º Exostose sous-unguéale de l'index gauche. — L'exostose de la face supérieure de la dernière phalange du gros orteil n'est pas chose très-rare, mais je ne sache pas qu'on ait mentionné et rapproché de cette variété, si bien décrite par Dupuytren, l'exostose d'un des doigts de la main, telle que nous venons d'en voir un cas à l'hôpital Saint-Louis chez un jeune homme de 17 ans. Elle reconnaissait une cause traumatique : une année auparavant, l'index gauche, au niveau de sa dernière phalange, avait été pris et écrasé dans l'angle d'une porte, l'ongle était tombé, puis avait repoussé avec une dureté et une épaisseur considérable; au-dessous se trouvait un tubercule très-ferme, de consistance osseuse, à peu près indolent, et faisant une légère saillie sous le bord libre de la production cornée, qui ne présentait ni l'usure ni la corrosion habituelle de l'exostose sous-unguéale du gros orteil. Outre la difformité, qui, en somme, était peu prononcée, ce jeune homme se plaignait de ressentir, chaque fois qu'il venait à se heurter contre un corps résistant, un ébranlement douloureux dans le doigt en question. — L'opération était facile. M. Péan cerna l'ongle et la tumeur sous-jacente par deux incisions, et enleva le tout presque d'un seul coup de bistouri jusqu'au périoste phalangien, sur lequel adhérait ce produit osseux de nouvelle formation. Évidemment, c'était de cette dernière couche fibreuse que l'exostose avait pris naissance sous l'influence du traumatisme. La face supérieure de la phalange fut en même temps ruginée. Cette tumeur, dans toute sa partie libre, était constituée par du tissu compacte extrêmement résistant, mais sa coupe antéro-postérieure fit voir que, plus on s'approchait de la face profonde, plus elle était fibro-cartilagineuse.

3º Exostose de l'humérus gauche chez un enfant. — Cet exemple, que nous venons d'observer à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de M. Marc Sée, chez un enfant de huit ans, nous a paru assez insolite, non-seulement au point de vue de

l'âge du malade et de l'étiologie qui en était très-obscure, mais aussi relativement à ses caractères cliniques.

Il s'agissait d'un jeune garçon né de parents bien portants, et qui ne semblait pas lui-même entaché du vice scrofuleux. Il y a quelques semaines à peine, son maître d'école, en lui saisissant le bras gauche, fut fort surpris d'y sentir une masse dure sur l'origine de laquelle l'enfant pas plus que les parents n'ont pu donner aucun détail, et l'envoya à l'hôpital. La vue, mais surtout le toucher dévoilent une tumeur extrêmement dure siégeant à la partie supéro-postérieure du bras; elle est inégale et bosselée, présente surtout deux masses globuleuses de grosseur différente, et embrasse comme dans une concavité toute la diaphyse de l'humérus, à laquelle elle est fortement soudée. Du volume d'une pomme irrégulière, elle est recouverte par la partie supérieure du long chef du triceps et dépasse à peine en hauteur l'insertion du deltoïde; en dedans, on la retrouve très-près de l'artère humérale; elle n'est du reste, le siége d'aucun trouble local, d'aucune sensibilité, d'aucune douleur; les tissus qui la recouvrent semblent seulement avoir diminué un peu de volume, mais ne sont le point de départ d'aucune altération; les mouvements du bras s'exécutent de ce côté aussi facilement que pour le bras droit.

Le diagnostic de cette tumeur n'était pas douteux. Aucun traumatisme antérieur ne pouvait, en effet, laisser croire à une fracture de l'humérus mal consolidée et avec cal vicieux considérable, supposition qui venait immédiatement à l'esprit avant d'avoir interrogé le petit malade; c'était bien là une exostose très-probablement *ostéogénique*, mais non de développement, et qui ne semblait se rattacher ni à une cause traumatique ni à un vice de constitution bien évident.

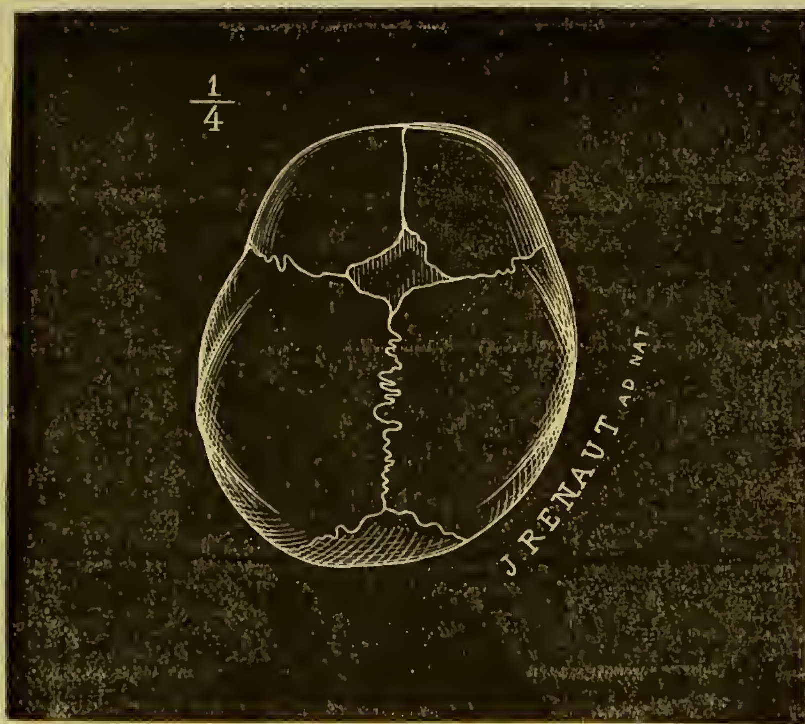
En raison de l'absence de tout accident local ou général, en raison de ce que cette tumeur, extrêmement volumineuse pour un enfant de cet âge, ne s'était accompagnée d'autre symptôme que d'une gêne provenant d'une légère atrophie du bras, M. Sée s'est sagement abstenu de tenter une opération qui, dans ce cas, aurait eu pour résultat de produire un délabrement considérable, de fracturer presque inévitablement l'humérus aux trois quarts entouré par la masse osseuse, et, par conséquent, de transformer une simple difformité en un traumatisme de la plus haute gravité. Peu désireux d'imiter la conduite qu'auraient peut-être suivie en pareilles circonstances nos hardis voisins d'outre-Manche, il s'est contenté de soumettre le malade à un traitement général, et, en particulier, à l'usage de l'iodure de potassium.

4° DÉFORMATION CRANIENNE, DITE OBLIQUITÉ PAR PROPULSION UNILATÉRALE. — M. Guéniot a observé et décrit, il y a environ cinq ans (*Bulletin* de la Société de chirurgie, 1869), chez certains enfants du premier âge, un type particulier et uniforme de déformation assez fréquente qui affecte, dans la grande majorité des cas, le côté droit du crâne et qui est due simplement, selon lui, à une cause mécanique,

c'est-à-dire à une *pression trop prolongée* (conséquence du décubitus) sur la région occipito-pariétale droite.

Nous avons eu tout récemment l'occasion, à l'hôpital des Enfants-Assistés, de nous rendre compte *de visu*, sur le vivant et sur le cadavre, de cette curieuse disposition que ce chirurgien regarde comme essentiellement acquise, qu'on observe bien plus rarement sur les enfants des familles aisées et qui peut, jusqu'à un certain point, être prévenue et corrigée par des mesures hygiéniques que tout praticien doit connaître.

Voici en quoi consiste cette déformation que bon nombre de nécropsies nous semblent mettre aujourd'hui hors de doute, et que l'on est à même de constater sur le sujet vivant en se plaçant derrière l'enfant, dont la tête est maintenue bien droite, et en l'examinant d'une façon perpendiculaire; on observe alors (voir la figure ci-jointe) : 1° un aplatissement de la région occipito-pariétale droite, et, au contraire,



une saillie exagérée de la même région du côté gauche; 2° une exagération du frontal droit coïncidant avec une diminution du frontal gauche; ou tout au moins la courbure de ce dernier est normale; 3° une convexité légère de la région fronto-pariétale droite et un léger angle rentrant, ou même une dépression plus ou moins accentuée de la même région du côté gauche. Il résulte de cette description que la boîte crânienne ne possède plus une forme régulièrement symétrique, mais qu'elle représente un *ovale oblique par rapport à la face;* sa partie postérieure, en effet, ne regarde plus directement en arrière, comme cela existe à l'état normal, mais bien en arrière et à droite; d'autre part, la région frontale étant également asymétrique,

ne se trouve pas dirigée en avant, mais bien en avant et à gauche; enfin, la région antéro-latérale ou fronto-pariétale offre une légère convexité du côté droit; tandis qu'elle est aplatie et présente même assez souvent un angle un peu rentrant à gauche.

J'ai pu examiner trois crânes desséchés que M. Guéniot a bien voulu me confier et sur lesquels cette obliquité par propulsion unilatérale droite m'a paru évidente: l'un avait appartenu à un enfant de 46 jours, les deux autres à des sujets de 10 mois et de 18 mois, dont plusieurs soudures étaient déjà complètes. J'en ai encore observé un quatrième qui venait d'être autopsié à l'hôpital, et chez lequel cette propulsion portait non-seulement sur la calotte, mais sur la base du crâne; le rocher droit était évidemment rejeté sur un plan plus antérieur (d'où l'asymétrie des oreilles, dont la droite était reportée plus en avant), et son diamètre longitudinal avait diminué au profit de l'épaisseur de l'os; en un mot, l'obliquité était aussi prononcée sur la face interne et au niveau de la base que la surface extérieure des os du crâne. Parfois, mais beaucoup plus rarement, l'obliquité a son siége à gauche; elle est la même, mais, on le comprend, en sens opposé.

La déformation que nous venons d'esquisser n'a, du reste, aucun retentissement sur l'encéphale, et ne réagit nullement sur l'intelligence du sujet; cependant M. Broca a vu dans plusieurs de ces cas une diminution de 2 à 5 grammes dans le poids de l'hémisphère correspondant. Une seule fois M. Guéniot l'a rencontrée chez un enfant idiot, et, dans trois autres exemples, les sujets étaient atteints d'hydrencéphalie; il est facile de présumer que, chez ces derniers, la déformation dont nous parlons a tendance à se produire pendant un laps de temps plus prolongé, parce que, chez eux, l'ossification des sutures est toujours retardée.

La thérapeutique de cette conformation vicieuse se déduit naturellement de la cause mécanique qui lui a donné naissance. De même qu'une sphère composée de pièces distinctes, et, par conséquent, mobiles, peut se déformer si on la laisse séjourner longtemps d'un même côté sur un plan résistant, de même le crâne des enfants nouveau-nés, en reposant dans un décubitus qui est sans cesse le même, peut devenir le point de départ d'une obliquité unilatérale. Cette déformation, d'après M. Guéniot, siége presque toujours à droite; nous avons, en effet, été frappé, en entrant dans la belle salle qui sert de crèche à l'hôpital des Enfants-Assistés, de voir tous ces pauvres petits êtres alignés les uns à côté des autres (mesure administrative) devant le foyer et reposant invariablement sur le côté droit du crâne.

C'est donc par des *mesures hygiéniques* et des précautions en rapport avec le mode de développement de cette déformation qu'on peut espérer, soit la prévenir, soit la combattre, si les diverses pièces du squelette sont encore mobiles les unes sur les autres, condition indispensable pour qu'on ait chance de réussir. Voici quelles sont les règles générales auxquelles M. Guéniot conseille de se soumettre:

1° *Traitement prophylactique.* On doit faire son possible pour éviter de placer 'enfant dans un décubitus exclusif soit à droite, soit à gauche, mais le coucher antôt d'un côté, tantôt de l'autre, c'est-à-dire dans le *décubitus indifférent.* Le ber-eau sera disposé de facon à éviter que le petit sujet tourne sans cesse la tête du ôté de la lumière du jour, ce qui est chez lui un mouvement spontané, naturel, nstinctif. Pour arriver à ce résultat, il suffit de diriger le lit de manière à ce que es deux yeux reçoivent toujours la même quantité de lumière; l'enfant sera porté e plus souvent possible dans les bras en le faisant reposer alternativement, soit du ôté droit, soit du côté gauche, et le séjour au lit ne sera permis que pendant les ieures de sommeil. A ce propos, nous dirons que les petites voitures d'enfant, dont on fait un si grand abus depuis quelque temps, nous paraissent de nature à con-ribuer pour leur quote-part à cette disposition vicieuse de la cavité crânienne.

2° *Combattre ce vice de conformation.* Tant que l'ossification des fontanelles ne s'est pas complétement effectuée, il y a moyen de porter remède en prescrivant le lécubitus exclusif du côté opposé à l'obliquité unilatérale; mais, lorsque les sutures sont ossifiées, il n'y a plus lieu d'espérer corriger cette difformité qui persite alors pendant toute la vie. Il n'est pas rare, en effet, de rencontrer des têtes d'adulte offrant cette disposition à des degrés plus ou moins prononcés; et, pour s'en con-vaincre, on n'a qu'à jeter les yeux sur des mesures circonférentielles du crâne que I. Guéniot s'est procurées dans différentes *chapelleries*, et sur lesquelles on retrouve ine certaine ressemblance avec le tracé qui est représenté plus haut.

XXV

Sommaire. — De la ligature atrophiante appliquée au cancer de la langue et au sarcocèle (ligature (la linguale, ligature de l'artère spermatique). — Du danger de la ligature en masse dans la ca tration.

Des ligatures atrophiantes. — Depuis quelques années, des ligatures ayar pour but d'arrêter le développement de certaines tumeurs malignes ont été prati quées par plusieurs chirurgiens, mais à de rares intervalles ; car, entre les main d'habiles expérimentateurs, ces opérations sont loin d'avoir toujours été suivies de suc cès, voire même d'une atrophie partielle bien authentique du produit morbide. Cett méthode est donc encore à l'étude, et, actuellement, il nous est impossible d'e donner une appréciation rigoureuse; les faits, cependant, se multiplient, et un jou peut-être prochain, viendra où nous serons à même de nous faire une idée exact de la valeur réelle d'un moyen thérapeutique qui, jusqu'à présent, ne nous a fourn que des résultats incomplets.

Il y a deux ans, M. Lannelongue pratiquait à l'hôpital de la Charité la ligature d la carotide externe chez un jeune homme de 17 ans, qui portait un sarcome ino pérable de la face et de la langue. Durant les premières semaines, il se produisi une diminution notable dans la masse du néoplasme, mais bientôt le mal reprit l dessus et ce jeune homme succomba. Une observation anatomique digne d'intéré porta sur le nerf grand hypoglosse; ce dernier, plongé au milieu de la plaie, avai participé au processus inflammatoire, et la conséquence de cette névrite fut l'atro phie presque complète de tous les muscles de la langue du côté correspondant

Sans parler de ce cas peu satisfaisant ni de ces hardies tentatives où la ligature de la carotide primitive fut pratiquée, soit pour un polype naso-pharyngien resté, dit-on stationnaire un an après (Lefort, Dict. encycloped., art. Carotide), soit pour un tumeur de la gorge, et dans lesquelles Parker et Deware n'ont heureusement poin trouvé d'imitateurs, nous dirons, par exemple, que la ligature de la fémorale appli quée à l'éléphantiasis du membre inférieur ne peut être regardée tout au plus que comme méthode palliative. Tout récemment encore, M. Demarquay présentait, e effet, à la Société de chirurgie un homme opéré il y a quelques années, et chez lequel l'éléphantiasis s'était reproduit avec toute son intensité.

Nous venons d'observer, cependant, à la Maison municipale de santé et à Bicêtre, plusieurs exemples de ligatures atrophiantes qui, en raison de la modification évi-

ente (je ne dis pas la disparition) qu'elles ont exercée sur le néoplasme, nous parais-
ent mériter un certain intérêt.

1° *Ligature de l'artère linguale pour les épithéliomas de la langue.* — Chez les
ois malades que nous avons vus dans le service de M. Demarquay (hommes de
8 à 50 ans), il s'agissait d'épithéliomas de la langue inopérables, volumineux et
cérés qui s'étendaient au plancher de la bouche. La ligature de la linguale, du
ôté atteint, avait été pratiquée, et, dès le lendemain de l'opération, les ma-
des accusaient eux-mêmes un soulagement marqué; ils étaient moins gênés pour
mastication, et leur parole était plus libre. Les jours suivants, la tuméfaction du
éoplasme était moindre; la plaie semblait se déterger, et les douleurs qui, chez
un d'eux, avaient été vives, s'étaient sensiblement atténuées.

L'un de ces trois malades avait été opéré depuis un mois environ; c'était chez lui
ue l'atrophie partielle du néoplasme était la plus évidente; il restait toutefois
ır la langue une large ulcération, à bords considérablement indurés, ne lais-
nt aucun doute sur la nature du produit morbide; la mastication avait lieu
sément, et les phénomènes de nutrition ayant repris le dessus, cet homme se con-
dérait presque comme guéri, illusion que le chirurgien se gardait bien de détruire;
un mot, la modification locale que la ligature avait imprimée à l'affection avait,
r suite, fait bénéficier l'état général de cet individu d'une amélioration sensible.
el sera maintenant le résultat final? Nous pouvons facilement le prévoir, car il y
out lieu de croire que l'affection maligne reprendra une marche progressive dans
laps de temps plus ou moins éloigné. Quoi qu'il en soit, n'y aurait-il qu'un
nple retard dans le progrès du néoplasme, comme j'en suis persuadé, le malade
'a du moins retiré momentanément quelque avantage de cette intervention chi-
gicale.

Trois autres faits (Soc. de chir., 1864) ont été relatés par le même observateur,
nme s'étant terminés par affaissement de la tumeur, atrophie et aplatissement
la langue. Dans l'un d'eux, où la masse était si volumineuse que la phonation,
mastication, la déglutition et la respiration étaient considérablement entravées,
malade put parler, manger, avaler et respirer sans grande difficulté; sa santé
érale était devenue très-bonne. — Ce sont là évidemment des résultats qui nous
aissent excellents, mais ils ne sont qu'*immédiats*, et je ne sache pas que M. De-
rquay nous ait fait connaître les *résultats définitifs* qu'il a sans doute observés
chacun de ses opérés. Jusqu'à plus ample informé, nous sommes en droit de
considérer ce moyen, appliqué pour la première fois par Mirault, d'Angers, que
me une méthode essentiellement palliative, et qui ne peut être tentée que
me dernière ressource dans les cas où toute autre opération radicale est impra-
ble, et où le devoir du chirurgien est d'essayer, dans des limites raisonnables,
oulager le plus possible les souffrances du malade.

Dans le but de calmer les douleurs parfois très-vives qui accompagnent le dév loppement de ces épithéliomes, Hilton, en 1850, Moore (*Arch. méd.*, 1864) Colin (*Dublin quarterly Journ.*, 1865), ont pratiqué la section du nerf lingual. premier de ces chirurgiens avait même conseillé, pour rendre l'opération plus ef cace et tenter l'atrophie, de lier en même temps l'artère linguale.

2° *Ligature de l'artère spermatique dans les tumeurs malignes du testicule. L dangers de la ligature en masse dans la castration.* — *a.* L'idée de faire la ligat de l'artère spermatique pour atrophier les néoplasmes volumineux du testicule relatée dans Harvey (*Traité de la génération*), qui la pratiqua, dit-il, dans un c avec succès; mais nous ne savons pas s'il avait réellement affaire à une tume maligne. Cette ligature fut également préconisée par Mayor pour la guérison sarcocèle; enfin Maunoir, toujours dans le but d'atrophier la glande séminale dég nérée, plaça une double ligature sur l'artère spermatique, et la divisa dans l'int valle; il conseilla aussi, après la ligature, de faire la section complète du cordon.

Nous venons de voir à Bicêtre, dans le service de M. Lannelongue, un nouv exemple de cette nature qui nous a paru avoir donné, du moins pour l'instant, très-beau résultat. Il s'agissait d'un homme de 50 ans, assez fortement constit et qui entra, il y a un an environ, dans le service pour une tumeur du testic gauche, douloureuse spontanément et ayant la grosseur de deux poings d'adul Son développement très-rapide (elle datait de quatre ou cinq mois à peine) et sa co sistance très-dure firent porter le diagnostic de néoplasme squirrheux, mais n enchondromateux. Le malade était pâle, anémié, non cachectique, et il n'existait du côté des ganglions abdominaux, ni du côté des viscères, aucune complication nature à contre-indiquer une intervention chirurgicale. M. Lannelongue, au lieu pratiquer immédiatement la castration, seule opération paraissant possible en pr sence d'une semblable tumeur contre laquelle la médication iodée avait écho résolut de tenter la ligature de l'artère spermatique, pensant qu'il serait toujo temps de recourir dans un bref délai à une opération plus radicale.

Cette ligature n'offrit, du reste, aucune difficulté; une incision fut pratiquée le trajet funiculaire, et une fois la gaîne fibreuse commune ouverte, on se tro sur les éléments du cordon; à ce moment, on put voir l'artère spermatique se p senter en quelque sorte d'elle-même entre deux groupes de veines un peu dilaté l'un, plus volumineux, situé en avant; l'autre, plus mince, situé à la partie pos rieure. En comprimant légèrement le cordon en arrière où se trouvait le canal dé rent, on exagéra la saillie du vaisseau artériel qui fut isolé facilement, et aut duquel on passa un fil à l'aide de l'aiguille de Deschamps; la petite plaie ne ta pas à se cicatriser. Pendant les quelques jours qui suivirent l'opération, il surv un gonflement œdémateux et une sensibilité très-vive du scrotum, mais bien l'équilibre circulatoire se rétablit, et on vit manifestement la tumeur, en deven

de plus en plus dure, entrer dans une période de décroissance qui s'accentua de jour en jour.

Aujourd'hui, un an après l'opération, la masse a *diminué au moins des quatre cinquièmes,* ne présentant plus, comme volume, que celui d'un petit œuf de poule. La santé du malade est excellente; il a pu reprendre ses occupations et se regarde comme guéri. L'est-il réellement? Évidemment non. D'une façon générale, une tumeur cancéreuse se compose de deux choses : l'*élément néoplasique* d'abord, véritable épine qui est la partie principale, sinon en volume, du moins en gravité, et qui n'est pas, certes, susceptible de disparaître spontanément; et, en second lieu, l'*élément vasculaire* ou *cellulo-vasculaire* périphérique et interstitiel, le seul sur lequel le chirurgien ait prise en employant les moyens indirects et la thérapeutique interne. C'est aux dépens de ce dernier élément de la masse, que s'est produite l'atrophie fort remarquable, dont la tumeur du malade de M. Lannelongue a été le siége; mais le noyau cancéreux est resté et nécessitera très-probablement la castration, en supposant que l'on intervienne à nouveau. Le malade aura donc encouru les chances d'une double opération.

Toutes choses égales d'ailleurs, nous préférerions, vu la simplicité de l'exécution, cette ligature isolée de l'artère spermatique telle qu'elle a été pratiquée chez ce malade, au procédé (ligature totale du cordon) que M. Reali (*Gaz. méd.,* nº 27, 1864) employé à l'exemple de Maunoir. Il consiste à saisir profondément de la main gauche le cordon spermatique entre le pouce, l'index et le médius, à le soulever de manière à le rendre saillant et à tendre la peau où l'incision doit être faite; celle-i (de quelques centimètres) est pratiquée le long du doigt indicateur, puis le cor-on est mis à découvert et isolé; une fois la tunique d'enveloppe ouverte au moyen e l'aiguille de Deschamps, on passe dessous un fil très-fort avec lequel on étreint apidement tout le cordon, de manière à intercepter instantanément la circulation u sang et l'influx nerveux. Pratiquée dans trois cas pour des tumeurs dont la ature n'est pas malheureusement spécifiée, cette opération en a déterminé atrophie; deux malades guérirent et le troisième mourut.

b. Les méthodes précédentes ont pour but d'éviter ou au moins de retarder la *cas-ation* qui, en effet, nous paraît une opération grave, malgré l'affirmation de . Chassaignac, qui dit qu'avec l'écraseur linéaire elle n'a jamais été suivie d'acci-ents entre ses mains. Sur neuf opérations de ce genre pratiquées par M. Verneuil oc. de chirur., sept. 1866) il y a eu deux morts : une par hémorrhagie, phlegmon résorption purulente, l'autre par tétanos au treizième jour; dans deux autres cas, mort a été imminente.

Or, l'une des causes principales du danger de la castration est la *ligature en masse u cordon.* Non-seulement ce procédé, en étreignant tous les nombreux filets qui ncourent à sa formation, expose aux accidents tétaniques, mais encore il n'est pas

toujours un moyen hémostatique infaillible. Quelle que soit la force que l'on mette à serrer tous les éléments du cordon, le lien se relâche peu à peu au bout de quelque temps, et l'hémorrhagie a tendance à se produire par les vaisseaux centraux qui ont échappé à l'action du fil et souvent par l'artère spermatique elle-même. M. Lannelongue a renoncé à la ligature en masse, depuis qu'il a observé à la suite de cette méthode trois faits d'hémorrhagie, dont l'un s'est terminé par la mort. Dans ce dernier cas (service de M. Denonvilliers, 1865), il s'agissait d'un myome du testicule; une double ligature, faite avec un fil très-fort, fut apposée solidement sur le cordon spermatique que l'on coupa dans l'intervalle. Dans le courant de la journée, une hémorrhagie se déclara, se répéta les jours suivants, et le malade finit par succomber.

Dans un autre exemple de castration, pour une suppuration prolongée avec fonte du testicule, pratiquée par le même chirurgien dans une maison de santé, l'hémorrhagie qui provenait non-seulement du cordon, mais de la plaie du scrotum, ne fut arrêtée qu'à grand'peine.

En un mot, la ligature isolée de chacun des vaisseaux du cordon est plus sûre et n'est pas beaucoup plus difficile ; aussi bon nombre de chirurgiens la préfèrent-ils aujourd'hui, avec beaucoup de raison.

Nous venons de voir à Lariboisière un homme qui avait subi la castration (côté droit) pour un encéphaloïde à marche rapide, et chez lequel M. Tillaux, également peu partisan de la ligature en masse du cordon, a mis en usage un moyen intermédiaire aux deux précédents. Il a commencé par diviser le cordon en quatre parties avec l'instrument tranchant, et a appliqué un fil solide sur chacun de ces faisceaux. Cette méthode, qui est très-simple et qui met plus sûrement les malades à l'abri des hémorrhagies consécutives que la ligature en masse, a toutefois l'inconvénient de comprendre comme cette dernière, dans l'anse de chacun des fils, les filets nerveux de la masse funiculaire.

XXVI

Sommaire. — Polypes fibreux de l'utérus; quelques mots sur leur diagnostic et leur traitement; ouverture du péritoine produite par l'application de la chaîne d'écraseur sur un polype. — Inversion de l'utérus prise et opérée pour un polype fibreux. — Innocuité relative des perforations de l'utérus par l'hystéromètre.

La question des POLYPES FIBREUX DE L'UTÉRUS (myome-hystéromes) est très-fertile en enseignements : les travaux à jamais mémorables des Levret, des Lisfranc, des Malgaigne, des Roux, en font foi, et, d'autre part, les recherches des histologistes modernes sur la structure intime de ces produits laissent peu de chose à désirer.

En clinique, leurs variétés nombreuses de siége et de forme rendent souvent la précision du diagnostic assez délicate, et leur volume, parfois énorme, peut créer, au point de vue thérapeutique, de fort sérieuses difficultés qui méritent d'attirer l'attention, et que l'on ne comprend guère que lorsqu'on a été aux prises avec de semblables tumeurs : aussi, voyons-nous les opérateurs varier les procédés à l'infini, et en subordonner surtout le choix à la grosseur de la masse, à son degré de pédiculisation et à la hauteur à laquelle elle se trouve placée.

L'excision, le *morcellement*, les *ligatures*, l'*écrasement linéaire* et l'*anse galvano-caustique* sont les moyens principaux mis actuellement en usage contre ces sortes de tumeurs; car, la torsion, le broiement et l'arrachement, préconisés indifféremment par plusieurs chirurgiens pour toutes les espèces, nous paraissent surtout applicables aux variétés vésiculeuse et cellulo-vasculaire. L'*énucléation*, que l'on a même cherché à appliquer aux tumeurs fibreuses de la cavité sessiles et intra-pariétales (*Sur l'élimination naturelle et artificielle des tumeurs fibreuses utérines*, par le docteur Männel, de Dresde. *Viertel jahrsch. für die prakt. Heilk*, 1874, et *The American Journal of obstetrics*, nov. 1874, p. 502), l'énucléation, dis-je, repose sur cette donnée anatomo-pathologique indiquée par Cruveilhier, que tout fibrome utérin est recouvert d'une enveloppe muqueuse et musculaire (appartenant à l'utérus) au-dessous de laquelle se trouve une couche de tissu conjonctif lâche; mais si elle a donné des succès, elle ne peut non plus s'appliquer indistinctement à tous les cas.

Bien des chirurgiens, de nos jours, et MM. Dolbeau et Gosselin sont du nombre,

lorsqu'il s'agit d'un polype de moyen volume et pédiculé, tel que nous en avons vu un chez une femme de 28 ans à la Charité, donnent la préférence à l'*excision*; mais, auparavant, la première chose à faire est de bien se rendre compte de la situation et des dimensions du pédicule, et, pour y arriver, il est indispensable, au moment où on en pratique l'examen, de fixer la tumeur avec une pince de Museux : si on néglige cet artifice, dit M. Gosselin, les doigts repoussent le fibrome et ne peuvent atteindre son point d'implantation; cette excision est tout simplement pratiquée avec des ciseaux courbes, et on combine parfois la section et la torsion, mais en évitant avec soin de déchirer le tissu utérin.

Le plus souvent, ce procédé, excellent entre tous, n'expose pas plus aux hémorrhagies que les autres méthodes et, en particulier, l'écrasement linéaire; il a, de plus, le grand avantage de ne produire qu'une plaie simple et non mâchée. Sur 42 malades (*Clin. chir. de la Charité*), M. Gosselin n'a vu qu'une seule fois une hémorrhagie qui s'est arrêtée par le tamponnement. Nous devons dire, en passant, que ce chirurgien ne craint pas de multiplier les précautions tant avant qu'après l'opération; pour lui, le repos le plus absolu, la tranquillité de corps et d'esprit la plus parfaite, et l'absence de pansements répétés, sont d'un grand secours pour éviter les complications les plus habituelles, à savoir : la métrite et la métro-péritonite.

Cette méthode par excision est, du reste, de date ancienne, puisque Levret et d'autres avant lui l'ont appliquée bon nombre de fois. Boyer, qui l'a employée une fois avec succès, ne la recommande pas comme méthode générale, mais n'en est pas complétement éloigné. D'autre part, Velpeau et M. Hervez de Chégoin ont fait voir que l'on peut très-souvent porter l'instrument tranchant sur le point d'implantation des fibromes utérins sans inconvénient, parce qu'il n'existe pas généralement de vaisseaux très-volumineux dans l'intérieur du pédicule.

Nous connaissons cependant deux faits inédits dans lesquels l'excision du pédicule donna lieu, par la présence d'une artère de la grosseur d'une radiale, à une hémorrhagie qui ne fut arrêtée que par la pression d'une pince laissée à demeure sur le point d'implantation.

Velpeau (*Méd. opér.*, t. IV, p. 395) dit que, de vingt opérations de polypes qu'il a faites par excision, aucune n'a causé la moindre hémorrhagie inquiétante. Dupuytren l'employait également, et, une seule fois seulement, l'hémorrhagie nécessita le secours de la chirurgie.

On voit donc, par l'exposé précédent, que cette méthode a été préconisée et est encore conseillée de nos jours par des maîtres autorisés; cependant, malgré toutes les observations anciennes ou récentes qui plaident en sa faveur, malgré la valeur que lui donne aujourd'hui l'expérience de plusieurs professeurs de notre École, un autre groupe de chirurgiens a tendance à lui opposer soit la *ligature*, soit l'*emploi de*

écraseur linéaire, qui sont de bons moyens sans doute et trouvent aussi leur appli-
ation, mais qui ne peuvent pas plus, et encore moins que le précédent, être consi-
érés comme méthode générale.

« Avant d'*étrangler un polype* qui pend au dehors, dit Velpeau, il importe de remarquer
ue son pédicule pourrait être formé par le fond de l'utérus renversé, et qu'il peut être dan-
ereux alors de placer le lien sur un point trop élevé de la tumeur. »

En effet, si le polype est volumineux, situé très-haut, avec large implantation
rofonde, l'écraseur peut exposer à un des accidents opératoires les plus graves, et
eureusement très-rare dans la science, je veux parler du pincement de l'utérus par
a chaîne et, par suite, de l'ouverture de la cavité abdominale.

Il y a quelques années, un accident de cette nature s'observa dans un des hôpi-
aux excentriques de Paris : au moment de l'extirpation du fibrome, une portion
e la paroi de la matrice fut enlevée par la chaîne et on put assister, séance tenante,
l'issue d'une anse intestinale.

Un nouvel exemple du même genre vient d'être communiqué à la Société de chi-
urgie (décembre 1874), par M. Tillaux, dont l'empressement à le faire connaître
érite les plus grands éloges, car les revers sont, bien plus que les succès, une source
éritable d'enseignements.

Voici le fait tel que nous le lui avons entendu exposer devant la Société :

Il s'agissait d'une jeune femme de 32 ans (Lariboisière), au lit depuis six mois, et fortement
émiée par des métrorrhagies très-douloureuses remontant à six ans, devenues beaucoup
us fréquentes depuis deux ans, et ayant pour cause un énorme fibrome remplissant le
gin et la cavité utérine, occupant le petit bassin et remontant à deux travers de doigt envi-
n au-dessous de l'ombilic. Sur les prières de la malade, dont l'état général devenait très-
quiétant par suite d'hémorrhagies incessantes, M. Tillaux se décida à pratiquer l'opération,
grettant de ne pouvoir, en raison du volume excessif de la masse, se rendre un compte exact
son lieu d'implantation. Sous l'influence de tractions exercées sur le fibrome avec les pinces
Museux, le périnée céda et la tumeur franchit la vulve, mais sa nouvelle situation ne per-
t pas davantage d'apprécier son point d'attache : c'est alors que le chirurgien, à l'exemple
Jarjavay (thèse prof., 1850), pratiqua sur la face antérieure de la masse fibreuse une inci-
n longitudinale; un doigt plongé au sommet de cette incision sentant le doigt de l'autre
ain, placé aussi haut que possible en arrière, il paraissait évident qu'il ne devait y avoir
tre eux deux aucune partie du tissu utérin interposé; mais, au lieu de continuer à se
rvir du bistouri de peur d'hémorrhagie, il le laissa pour la chaîne d'écraseur. La masse
levée (elle avait plus de 20 centimètres en hauteur et en circonférence) présentait à son
int culminant une plaque rosée de la largeur d'une pièce de 5 francs en argent, qui, ne
raissant pas offrir tout d'abord l'aspect péritonéal, fut prise pour un segment de la lèvre
stérieure du col. Quarante-huit heures après, la malade succombait à une péritonite sur-
guë, et, à l'autopsie, on constata que le *fond de l'utérus*, lieu d'implantation, renversé en

cul de bouteille sur le fibrome au moment de l'opération, avait été complétement enlevé pa la chaîne.

Ce malheureux exemple nous fait voir combien on doit se montrer circonspec dans les tractions exercées sur les fibromes utérins et dans l'emploi de la chaîn pour ces masses énormes plus ou moins sessiles, dont l'implantation ne peut s reconnaître entièrement avant l'opération. Le mieux, en pareil cas (si toutefois o se décide à opérer), serait d'employer l'instrument tranchant et de sectionner l polype comme on fait d'un fruit (Jarjavay), ou bien d'avoir recours non plus à un extirpation instantanée, mais, comme M. Hervez de Chégoin et d'autres les préco- nisent, à des ligatures (serre-nœud) qui, laissées à demeure, agissent lentement e finissent par amener la section du polype; un simple coup de ciseaux suffit alors le détacher complétement.

La crainte que certains chirurgiens ont de voir survenir des phenomènes d'in toxication putride, en laissant en place pendant un certain temps un polype ou u fragment de polype ligaturé, nous semble un peu exagérée. Ces dangers seraient, e tout cas, moins grands que les manœuvres nécessaires pour atteindre la totalité d pédicule. En supposant même qu'on respecte une partie de ce dernier, il a grand chance pour s'atrophier, car la nutrition se fait moins par le pédicule lui-même qu par la totalité de l'enveloppe muqueuse extérieure que nous avons mentionnée.

De plus, dans les cas de fibromes volumineux dont l'implantation est inconnue, qu'on se décide à opérer (quelquefois avec trop de témérité) la ligature à demeur en supposant le pincement d'une portion de la paroi utérine, n'aurait-elle pas po résultat, comme M. Forget en a émis l'idée très-ingénieuse à la Société de chiru gie, de mettre ultérieurement la plaie à l'abri d'une communication avec la cavit abdominale, par suite de l'*adossement des deux feuillets séreux du péritoine?*

Ce sont les *ligatures successives* que M. Polaillon, afin d'éviter un accident semblabl vient d'employer sur une jeune femme de la Maternité, extrêmement anémiée p les pertes de sang, et chez laquelle un fibrome compliquant la grossesse, fit croir au moment de l'accouchement, à une présentation des fesses. La malade accouc d'un enfant mort, et quelque temps après, M. Polaillon, ne pouvant remonter jus qu'à la limite supérieure de la masse fibreuse, procéda à son ablation partielle av le serre-nœud de Maisonneuve, dont l'anse de ficelle était maintenue en place jus qu'à la chute de chacun des gros segments de la tumeur.

Cette *coïncidence d'un polype fibreux avec la grossesse* n'est pas chose rare et été depuis quelques années l'objet d'une étude approfondie de la part de MM. Forg (*Recherches sur les corps fibreux et les polypes de l'utérus considérés pendant grossesse et après l'accouchement.* — *Bull. thér.*, 1846), Guyon, Tarnier, Guéni (Soc. chir., 1869). Le plus souvent, il n'apporte que peu d'obstacle au développe ment de la grossesse, et ne devient inquiétant qu'au moment de l'accouchement

'est alors que, suivant les indications (hémorrhagie plus ou moins abondante), le hirurgien doit ou non intervenir.

Dans un cas rapporté tout récemment (nov. 1874) par M. Gallard à la Société de nédecine de Paris, une tumeur fibreuse fort volumineuse et sous-péritonéale avait ait saillie en arrière, et, remplissant une partie du petit bassin, obligea à l'opération ésarienne qui emporta la malade.

Dans un autre fait également communiqué à la même Société, et dans lequel on s'était évertué à retarder le plus possible l'accouchement, que la présence d'un ibrome avait tendance à précipiter, le polype sortit de lui-même, ramolli, et fut excisé facilement; deux autres petits polypes furent aussi expulsés un peu plus tard et tout à fait spontanément.

L'*expulsion spontanée des polypes* (en dehors de le grossesse) est moins fréquente; cependant Cruveilhier, Dupuytren, Lisfranc, Mme Boivin, Hue, Hervez de Chégoin et bien d'autres en ont observé des cas. Il résulte d'une dizaine d'observations que nous avons pu recueillir sur ce sujet dans divers auteurs, et des vingt-six autres qui ont été rassemblées il y a une trentaine d'années dans les *Annales de chirurgie*, que cette élimination spontanée peut s'effectuer, soit à la suite de destruction de la masse par gangrène et sur place, soit par atrophie, ulcération ou gangrène du pédicule (cas récent observé par nous dans le service de M. Demarquay), soit par élongation, amincissement et rupture du pédicule (rupture traumatique à la suite d'un effort violent dans le cas de Marchal, de Calvi; Acad. méd., 1843), soit, enfin, par rupture de l'enveloppe muqueuse de la tumeur et expulsion de la partie fibreuse. Dans l'observation de M. Notta (Soc. chir., 1869), il y eut encore expulsion spontanée d'un corps fibreux chez une femme de 65 ans, dont l'utérus reproduisait sans cesse des polypes fibreux et muqueux (polypes vivaces de Levret). Dans les manœuvres faites pour arracher ces masses, la matrice fut complétement renversée, amenée au dehors, et M. Notta s'aperçut qu'il avait *perforé le fond de l'organe*. Ce dernier fut laissé en place, et la malade se rétablit momentanément, à la suite de gangrène de la totalité du corps utérin : la repullulation eut lieu sur le col, et la femme succomba.

La constatation d'un fibrome sortant en totalité ou en partie de la cavité du col n'offre, en général, aucune difficulté sérieuse; cependant la variété insolite de polype dite à *apparition intermittente* (Guyon, Larcher) peut jeter quelque obscurité sur le DIAGNOSTIC. M. Tillaux vient tout récemment, à Lariboisière, d'en observer un nouveau cas sur une jeune femme chez laquelle, au moment de l'opération, on s'aperçut que la tumeur avait disparu. Cette variété appartient à la classe des fibromes qui, sous l'influence d'une congestion intermittente, sortent du col ou y rentrent à certains intervalles. On observe aussi la même particularité pour les polypes vasculaires qui, par un jeu de déplétion facile à comprendre et en rapport avec les fonctions menstruelles, diminuent ou augmentent alternativement de volume.

Le diagnostic est encore délicat si la tumeur, occupant le fond de l'utérus et s présentant en battant de cloche, échappe à l'hystéromètre qui la contourne sans l rencontrer.

Mais une erreur plus grave, qui a été commise par des praticiens de mérite, es celle qui consiste à prendre une inversion de l'utérus pour un polype de cet organe La même méprise vient de se produire, il y a quelques mois, dans un des hôpitau de Paris, que nous ne désignerons pas, car l'opérateur n'a pas encore publié ce fait dont le principal intérêt est dans le résultat inespéré qu'il a fourni :

Chez une jeune femme en proie, depuis plusieurs années, à des hémorrhagies utérines répé tées et à des douleurs lombaires violentes, le toucher vaginal fit reconnaître une tumeur volu mineuse arrondie, très-peu douloureuse à la pression, assez résistante, qui est prise pour u polype fibreux. Le chirurgien, glissant une chaîne d'écraseur jusqu'à la partie la plus élevée d la masse, l'enleva entièrement. Le corps du délit fut envoyé à un histologiste, qui reconnu immédiatement en lui l'*utérus* et les *trompes*. Ce qu'il y eut de plus surprenant, c'est que l femme ne présenta pas le moindre accident du côté de la cavité abdominale. Les hémorrhagie cessèrent, cela se comprend sans peine, et elle retourna chez elle guérie et ne se doutant pa qu'elle n'avait plus de matrice.

Le chirurgien qui a commis cette erreur peut, du reste, se rassurer, il se trouv en fort bonne compagnie, car on relate dans la science des cas semblables et mêm aussi heureux que le sien. Lisfranc (*Clin. chir. de la Pitié*, 1843, t. III, p. 132) di que A. Petit, assisté de quatre chirurgiens, lia une inversion de la matrice, ce qu fut constaté à l'autopsie; il ajoute que le même accident arriva à Ségard. Nous trouvons encore dans ce même auteur :

« Vieussens cite l'histoire de Jeanne Bergogneuse, dont il enleva la matrice à l'état d'invagination : on ne voulut pas croire à cette opération, parce que les menstrues eurent lieu; mais ne sait-on pas que les règles déviées peuvent être fournies par le vagin, etc.? D'ailleurs, la pièce d'anatomie pathologique fut examinée, et on y reconnut l'organe gestateur : la femme mourut dix ans après avoir été opérée; on fit l'autopsie : un petit morceau du col utérin avait été seul épargné. »

D'après Petit, Bouchet père crut à l'existence d'un polype quand il s'agissait d'un utérus renversé depuis trois ans; il en fit la ligature avec succès et arracha la malade à la mort lente et certaine dont elle était menacée.

Slevogt, dit Morgagni, croyant avoir affaire à une excroissance des organes génitaux, excisa encore l'utérus et les trompes; la malade guérit : la pièce anatomo-pathologique fut disséquée avec soin et elle prouva que la matrice avait été réellement enlevée.

Boyer cite aussi un exemple de cette nature, mais terminé fatalement : la portion comprise dans la ligature se détacha le huitième jour, et la femme ne tarda pas à succomber.

Enfin, dans la thèse de M. Penoyée (*De l'inversion de l'utérus*, 1872), on retrouve
cas dû à M. le docteur Voisin, dans lequel Jobert (de Lamballe) ne reconnut son
reur qu'au moment où il attirait la tumeur en bas avec des pinces de Museux
ur l'enlever; l'opération n'eut pas lieu, mais cette traction suffit à déterminer une
ritonite mortelle.

L'inversion de l'utérus est du reste, par elle-même, une affection assez grave
émorrhagies, écoulements sanieux et anémie consécutive) pour que plusieurs chi-
rgiens, cette fois en connaissance de cause, aient songé à en pratiquer l'ablation.
est ainsi que M. Valette, de Lyon, à l'aide de pinces semblables à un entérotome,
remplies de chlorure de zinc, a opéré trois cas d'inversion utérine, dont un s'est
rminé par la mort. M. le docteur Mollière, qui m'a rapporté ces faits, m'a dit que
M. Gayet et Ollier avaient également opéré de la même manière deux autres ma-
des qui avaient succombé : les conséquences graves auxquelles donne lieu cette
fformité justifient donc, jusqu'à un certain point, l'intervention chirurgicale, mais
ulement lorsqu'on a essayé, même à plusieurs reprises, des manœuvres plus
ouces, telles que la réduction.

Si les ouvertures accidentelles de l'utérus, produites dans les circonstances que
viens de rappeler, exposent le plus souvent aux accidents les plus formidables,
s petites perforations, et en particulier celles qui sont déterminées, insciemment,
r l'*hystéromètre*, *ne semblent pas avoir toujours un caractère de très-haute gravité*.
ous constatons simplement ce fait clinique qui résulte de la lecture des observa-
ons recueillies dans la thèse de M. Dupuy (*Etude sur la perforation des parois
érines par l'hystéromètre*, 1874), où on trouve 4 cas de cette nature provenant du
rvice de M. Demarquay, et dans lesquels il n'y eut aucun accident ultérieur. Sans
uloir insister ici sur un sujet aussi peu pratique, qu'il nous suffise de transcrire
note suivante, que M. Richelot fils a bien voulu nous communiquer :

Une demoiselle de 40 ans vint de Rennes, il y a trente ans, pour consulter mon père, qui
conduisit à Récamier. Elle avait une tumeur abdominale faisant saillie à droite, au-dessus
pubis. Récamier sonde l'utérus avec une tige en étain. Il se sent d'abord arrêté, force
gèrement, et déclare que la tumeur est saillante à la face interne de l'utérus et fait dévier la
nde. Arrêté de nouveau un peu plus loin, il insiste encore, puis se retourne tout à coup
rs mon père et lui dit qu'il a perforé l'utérus. En même temps, il soulève la paroi abdomi-
le avec l'extrémité de la sonde, qui se reconnaît facilement par le palper. La malade est
menée chez elle et traitée pendant quinze jours par le repos absolu et les cataplasmes. Au-
n accident, pas de fièvre, à peine quelques douleurs hypogastriques. Le rétablissement fut
mplet, et la personne vit encore aujourd'hui.

XXVII

SOMMAIRE. — Bec-de-lièvre (modification ostéoplastique). — Greffe des tendons. — Contusion du cerv
par contrecoup, épanchement de sang dans l'oreille moyenne.

1° BEC-DE-LIÈVRE (*procédé ostéoplastique intéressant la sous-cloison et l'arca dentaire*). — On sait que, dans le bec-de-lièvre unilatéral, compliqué de divis de la voûte palatine et de l'arcade alvéolo-dentaire, il existe d'habitude, comme formations, non-seulement un aplatissement considérable de l'aile du nez du mê côté, mais encore une disposition vicieuse du squelette telle, que les deux moit de l'arcade dentaire ne se trouvent plus sur le même plan, la moitié correspond au bec-de-lièvre étant le plus souvent rejetée en arrière.

Nous avons vu M. Duplay, à l'hôpital Saint-Antoine, apporter à l'opération bec-de-lièvre une petite modification assez ingénieuse, à laquelle nous pouvo donner l'épithète d'*ostéoplastique*, et qui répond aux deux indications suivante Corriger l'aplatissement de l'aile du nez en transportant la cloison vers le côté la solution; faire son possible pour que les deux moitiés de l'arcade alvéolo-denta se correspondent :

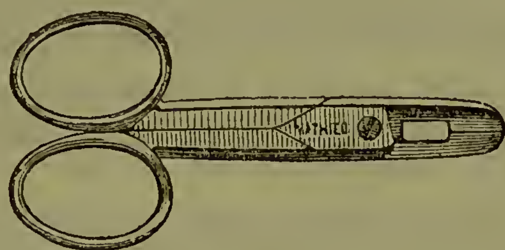
1° Il satisfait à la première de ces indications en sectionnant, avec des ciseau la portion cartilagineuse de la cloison, après avoir préparé les bords de la fissu labiale (il emploie la méthode à doubles lambeaux rabattus de Clémot), et ap avoir pratiqué la dissection rapide de la muqueuse alvéolaire et des adhérences q peuvent exister : ce premier temps effectué, il est alors facile de ramener le nez masse, de façon à ce que le lobule se trouve placé sur la ligne médiane; l'aplati sement disparaît en entier. Si le bec-de-lièvre est simple, il termine par une sutu entortillée, en conservant les deux lambeaux labiaux, dont les extrémités libr forment une petite trompe, qu'il sera toujours temps de raccourcir, s'il y a lieu.

2° S'il y a, de plus, division de la voûte palatine et de l'arcade dentaire, avant suturer les lambeaux de lèvre, il corrige la différence des deux moitiés de cet arcade par l'ostéoplastie suivante : Il détache de l'extrémité libre de l'une de c moitiés (la plus antérieure, par conséquent celle du côté sain) un petit tubercu qu'il laisse encore adhérer par sa partie postérieure, et qu'il fait basculer pour suturer avec l'extrémité libre de l'autre moitié de l'arcade, avivée préalablement. (

rnier temps, comme on le voit, consiste à produire artificiellement une espèce de berculc médian analogue à celui qui existe dans le bec-de-lièvre bilatéral.

Dans un cas opéré par M. Duplay, le succès a été si complet, que les germes conus dans ce tubercule fracturé, en grande partie au moins, ont donné naissance des dents, comme les autres points de l'arcade alvéolaire. C'est là une modification qui peut avoir pour avantage de favoriser le travail d'oblitération qui doit comr ultérieurement la fissure palatine; mais elle a l'inconvénient de prolonger pération, et surtout de faire perdre à l'enfant, comme nous en avons été témoin, e quantité de sang considérable, ce qui n'est pas sans danger chez les très-jeunes jets. C'est, en un mot, une opération délicate, nécessitant une grande sûreté de ain de la part du chirurgien, et dans laquelle la rapidité d'exécution nous semble ne condition indispensable.

Dans l'opération du bec-de-lièvre (simple unilatéral) à un seul lambeau, Marc Séc a imaginé une paire de ciseaux à boutonnière (voir la figure ci-jointe) qui



t pour but de pratiquer l'avivement des bords de la solution de continuité, d'un ul coup, et en ménageant en même temps une base adhérente au lambeau qui se ouve taillé. Les lames ne sont tranchantes qu'à la partie antérieure, près de l'exémité libre; à la partie postérieure, le tranchant fait défaut, et il existe, entre les rties coupantes et le point d'entre-croisement des branches, un espace vide, une rte de *boutonnière;* il en résulte que la section ne porte que sur les tissus les plus pprochés du nez, tandis que ceux qui se trouvent en bas ne sont pas intéressés. énéralement, M. M. Sée se contente de tailler un seul lambeau qu'il laisse adhér au bord libre; l'autre bord est avivé verticalement, puis horizontalement, et uni à la portion cruentée du lambeau abaissé. La taille du lambeau et les deux ivements correspondants se font en trois coups de ciseaux, et cela avec une précsion presque mathématique.

2° Greffe des tendons extenseurs de la main; anastomose des tendons. — a cicatrisation isolée des extrémités d'un tendon rompu ou divisé, si on n'a pas eu oin de donner au membre blessé une position facilitant le rapprochement de ses eux bouts, entraîne constamment à sa suite la perte des mouvements de la partie laquelle il allait se rendre : aussi, depuis Guy de Chauliac, les chirurgiens se nt-ils efforcés de multiplier les essais de ténorrhaphie, qui sont loin d'avoir

fourni des succès constants. Les expériences de Jobert, et surtout les recherch récentes de M. Demarquay, dont on trouve un aperçu dans la thèse inaugurale M. Barbaste (1873), et qui ont été présentées à l'Académie des sciences (1870-1871 ont jeté un jour tout nouveau sur cette question au point de vue de la clinique et l'anatomie physiologique. Selon ce dernier observateur, les phénomènes qui prés dent à la reproduction des tendons sont presque en tous points les mêmes q ceux qui se passent dans celle des os par le périoste : la réunion se fait par la pr lifération des éléments celluleux de la gaîne et du tendon lui-même ; mais la portic externe de la gaîne reste parfaitement indifférente au phénomène ; la régénératic du tendon est d'autant plus rapide que sa gaîne coupée est plus vasculaire. Le do teur Guterbock, de Berlin (*Arch. für path. anat. and phys.*, *LI, liv.* 3), dit mên que les cellules propres du tendon ne prennent aucune part à la cicatrisation d'ur plaie incomplète, et que c'est le tissu conjonctif lâche, formant l'enveloppe tend neuse, qui joue le rôle principal.

Le mois dernier (nov. 1874), M. le docteur Mollière (de Lyon) est venu commu niquer à la Société de chirurgie plusieurs observations de plaies concordant avec le observations précédentes, et dans lesquelles la suture avait porté plus particulière ment sur la gaîne (vaginorrhaphie) : dans tous ces cas, on avait affaire à des tendon fraîchement divisés.

Dans un autre exemple, dont nous venons d'être témoin dans le service de M. Ti laux, il s'agissait, non plus d'une solution de continuité récente, mais d'une plai ancienne, dans laquelle les deux bouts tendineux s'étaient cicatrisés isolément ; d plus, le chirurgien a employé, non pas la suture classique des tendons ou de leu gaîne, mais une méthode qui offre une certaine analogie avec la *greffe* dite pa approche en horticulture. Ce fait est rempli d'intérêt ; en voici les principau détails :

Un charpentier de 52 ans reçoit, sur la face dorsale de la main droite, une plai qui lui est faite par un crochet d'emballeur, et qui se cicatrise en un mois, san aucun accident sérieux ; mais il s'aperçoit, au bout de ce temps, qu'il lui est impossible de mouvoir en extension les deux derniers doigts de la main blessée : l'auriculaire et l'annulaire restent, en effet, constamment fléchis dans la paume de la main, tandis que les autres doigts s'étendent aisément. A son entrée dans le service, il est facile de se rendre compte de la lésion des tendons par la position fléchie et immobile des deux derniers doigts.

Persuadé que l'on peut tenter, chez ce malade, la ténorrhaphie, M. Tillaux incise verticalement sur la face dorsale de la main, au niveau d'une petite saillie sentie derrière les quatrième et cinquième métacarpiens, et qu'il crut être constituée par le bout central ; aux extrémités de cette première incision, il en fait tomber deux autres horizontales qui donnent deux petits volets, dont la dissection permet de constater

que la petite saillie précédente est formée par le bout périphérique des tendons extenseurs du petit doigt et de l'annulaire ; le bout central s'était sans doute rétracté, il n'y avait pas lieu de s'en préoccuper. Le chirurgien songe alors à greffer les deux tendons périphériques au tendon intact du médius, opération analogue à celle que l'on a pratiquée avec succès pour les nerfs. A travers une boutonnière faite au tendon du médius, il introduit les extrémités disséquées et rafraîchies des deux tendons des annulaire et auriculaire, et les fixe au premier à l'aide de plusieurs points de suture métallique. La cicatrisation ultérieure de la plaie ne fut aucunement entravée, et aujourd'hui le malade a recouvré les mouvements d'extension des deux derniers doigts de la main.

Un phénomène physique bon à noter, et qu'on a été à même de constater, chemin faisant, pendant l'opération pratiquée sans anesthésie, est la *sensibilité très-vive des tendons*, qui, cependant, ne présentaient aucune trace d'inflammation.

Nous devons dire que l'exécution de cette anastomose tendineuse a été singulièrement facilitée par l'emploi de la bande d'Esmarch, qui a permis d'agir sans le moindre écoulement sanguin, absolument comme si on opérait sur une main de cadavre.

Cette ingénieuse opération ne me semble pas avoir reçu dans la science de nombreuses applications : « Dans un cas, dit Velpeau (*Méd. opér.*, t. II, p. 507), où il était impossible de remettre bout à bout les deux portions d'un même tendon, Missa (*Gazette salutaire*, 1770, n° 21) prit le parti de l'attacher au bord du tendon voisin. » Mais ce n'est pas là une greffe véritable, comparable à celle que M. Tillaux vient de pratiquer.

Dans l'une des dernières séances de la Société de chirurgie, où ce malade a été présenté, M. Le Fort a cité également un fait de section récente de tous les tendons fléchisseurs de la main, dans lequel il a eu recours à l'artifice suivant pour pouvoir saisir leurs bouts centraux : Ayant fait, dans la direction de la gaîne, une petite incision, et ne pouvant réussir à la trouver par suite de la rétraction des muscles correspondants, il comprima fortement les masses musculaires de la région antérieure de l'avant-bras, et vit alors les tendons faire hernie hors de leur gaîne ; il put les prendre successivement et les suturer à chacun des bouts périphériques qui, par leur grosseur, lui semblaient devoir correspondre aux bouts centraux. Le malade sortit guéri, en ayant recouvré les mouvements de flexion de tous les doigts.

3° Contusion du cerveau par contre-coup ; dysécie produite par épanchement de sang dans l'oreille moyenne. — Si l'on conteste encore aujourd'hui, et avec juste raison, selon nous, les fractures du crâne par contre-coup, c'est-à-dire avec intégrité de la portion intermédiaire située entre le point percuté et le point fracturé, il n'en est pas de même de l'encéphale, qui peut être contusionné dans un point plus ou moins éloigné de celui où a agi la violence extérieure. Ce fait d'ana-

tomie pathologique est presque aujourd'hui acquis à la science; je dis presque, ca quelques chirurgiens modernes se refusent encore à l'évidence : nous avons vu l'année dernière (1873), à la Société anatomique, plusieurs pièces qui, à elles seules auraient suffi à mettre le fait de contusion du cerveau par contre-coup, entièremen hors de doute.

Nous venons d'en observer un nouveau cas, fort remarquable, dans le service de M. Tillaux, et qui s'est accompagné d'accidents assez insolites du côté de l'oreille moyenne. Il s'agissait d'un jeune homme de 28 ans ayant fait une chute d'une hauteur de 2 mètres seulement, avec perte de connaissance. La tempe gauche, qui avait porté sur le pavé, portait des traces de contusion directe qui, tout d'abord, furent les seules qui attirèrent l'attention : il existait surtout, mais sans lésion du crâne, une ecchymose de la région palpébrale, avec épanchement sous-conjonctival, qui disparut au bout de quelques jours; il y avait eu également une légère épistaxis. Cependant, le malade, bien portant, du reste, se plaignait sans cesse d'une douleur persistante siégeant au côté droit (opposé à la chute) du crâne, et surtout au niveau de l'apophyse orbitaire externe. Recherchant quel était l'état de l'audition de ce côté droit, M. Tillaux ne tarda pas à s'apercevoir qu'elle était complétement abolie, et l'examen à l'aide de l'otoscope montra qu'il existait dans la caisse un épanchement de sang occupant toute la portion sous-ombilicale.

Cette douleur persistante dans un point opposé à la chute, l'épistaxis et surtout la surdité droite produite par un épanchement de sang dans la caisse, sont autant de symptômes qui permirent d'établir le diagnostic de *contusion du cerveau par contre-coup*, *probablement avec déchirure de la muqueuse tympanique*. Que faire contre cette dysécie? Les douches d'air par la méthode de Politzer n'ayant donné aucun résulat, M. Tillaux pratiqua le cathétérisme de la trompe d'Eustache droite, en ayant soin de se servir d'une sonde d'argent (modèle de M. Bonnafont), dont la courbure est de plus de 30° et par conséquent plus prononcée que celle des sondes d'Itard, ce qui permet au bec de l'instrument de pénétrer plus avant dans la cavité de la trompe. Dans le mécanisme de ce cathétérisme, le chirurgien insiste sur la nécessité de faire suivre exactement, au bec de la sonde tourné en bas, la face supérieure de la voûte palatine, pour éviter de s'engager dans le méat moyen : il l'enfonce doucement jusqu'à ce qu'il rencontre la face postérieure du pharynx (premier point de repère), et, retirant peu à peu l'instrument, il lui fait décrire un arc de cercle en dehors; le bec, qui a évité la fossette de Rosenmuller qui se trouve tout près de la paroi pharyngienne postérieure, et derrière le pavillon, le bec, dis-je, rencontre une inégalité fournie par le bord postérieur de ce dernier, et sur lequel il glisse pour s'engager, pour ainsi dire de lui-même, dans la cavité de la trompe. Le cathétérisme, pratiqué avec la sonde d'argent, ne suffisant pas à soulager le malade, on introduisit, en se servant de l'algalie, une petite bougie en baleine dans la

trompe, et, afin de ne pas dépasser 3 ou 4 centim. (longueur approximative de ce conduit), on eut soin de placer, sur la portion de la tige de baleine restée à l'extérieur, deux petits curseurs indiquant la profondeur à laquelle pénétrait l'instrument. On peut, à cet effet, se servir avec avantage, comme le fait M. Bonnafont, de bougies graduées.

Cette bougie fut laissée trois quarts d'heure en place, et, dès la première séance, la trompe parut déjà désobstruée, car la surdité n'était plus aussi complète; deux jours après, nouveau cathétérisme avec la même sonde d'argent et la bougie en baleine glissée dans son intérieur et laissée encore trois quarts d'heure; à la sixième séance, le malade entendait assez distinctement les paroles prononcées, presque à voix basse, à une distance de près d'un mètre. Toutefois, la douleur, moins intense, à la vérité, persiste du côté droit du crâne et doit nous rendre très-réservé dans notre pronostic : nous ne devons pas ignorer, en effet, que c'est à la suite de ces sortes de traumatismes crâniens, donnant lieu à des douleurs fixes en un point, qu'on observe ces abcès du crâne dans lesquels le trépan trouve une de ses rares applications.

XXVIII

Sommaire. — Angiome sous-cutané caverneux de la main. — Exostose spongieuse du sinus maxillaire.

1° Angiome sous-cutané caverneux de la main droite. — Nous venons d'observer, dans le service de M. Duplay, à Saint-Antoine, une de ces tumeurs mixtes, vasculaires et lipomateuses, bien circonscrites, développées dans le tissu cellulaire sous-cutané et qui ont attiré tout particulièrement, depuis quelques années, l'attention des histologistes. Cette espèce de tumeur, à laquelle Esmarch avait donné le nom de *télangiectasie lipomatode* et que Virchow a désignée sous celui de *Nævus telangiectodes lipomatodes*, a été décrite d'une façon complète en 1873, au point de vue clinique et microscopique, par M. le docteur C. Monod, dans sa thèse inaugurale (*Étude sur l'angiome simple sous-cutané circonscrit*). Elle est constituée au début par la dilatation ou plutôt l'hypertrophie des parois des vaisseaux (*première période*). Peu à peu la substance conjonctive augmente, comprime et fait disparaître au moins en grande partie l'élément adipeux, tandis que les vaisseaux prennent un degré d'accroissement beaucoup plus considérable; c'est la *deuxième période* (*caverneuse*), dans laquelle la tumeur est composée de grandes cavités sanguines limitées par des parois fibreuses qui, se résorbant peu à peu, laissent ces espaces vasculaires communiquer les uns avec les autres; c'est sous cette dernière forme que s'est présenté à nous le malade de M. Duplay, dont nous voulons relater ici les traits principaux.

Il s'agissait d'un jeune homme de 22 ans, bien constitué, qui reçut, il y a quatre ans environ, un violent coup de crosse de fusil sur la face postéro-externe du métacarpien de l'index droit, c'est-à-dire sur l'endroit de la main où sa profession de terrassier l'oblige à faire porter continuellement le manche de la pelle. La petite plaie qui suivit le coup se ferma bientôt, et, quatre mois après ce traumatisme, qui paraît avoir été violent et auquel le malade ajoute une très-grande valeur étiologique, il vit se développer, sans tache préexistante, une petite tumeur sur la région externe du dos de la main; elle était indolente, de la grosseur d'une noisette, violacée, subissait des modifications dans son volume par les changements de température (le froid la faisait augmenter, au dire du malade), et fut, une fois, le siége d'une fissure qui donna issue à une petite quantité de sang.

La tumeur, au moment où nous avons pu l'observer, était du volume d'un petit œuf de poule (5 cent. en hauteur, 4 en largeur), aplatie, et présentait, sur sa face cutanée, quatre ou cinq taches ecchymotiques irrégulières, analogues à celles des nævi, et qui ne dataient réellement que du traumatisme. La coloration violette générale de cette masse était due à celle des tissus profonds que l'on pouvait constater, du reste, facilement, par suite de la transparence de la peau. Ce dernier tégument était sain, d'ailleurs, et il n'existait aucune adhérence entre lui et la masse, non plus qu'entre la tumeur et les parties profondes sous-jacentes. Sans offrir la fluctuation ni la rénitence des kystes, cette tumeur était de consistance molle, non uniforme cependant, certains points étant plus durs que d'autres, lobulée, inégale, et rappelant jusqu'à un certain point celle du lipome. Elle ne diminuait pas sensiblement par la pression exercée à sa surface; mais, cependant, quand on exerçait une compression circulaire au niveau du poignet, soit avec la main, soit avec un lien qui empêchait le retour du sang veineux, on la voyait augmenter un peu de volume.

Le *diagnostic* ne laissait pas que de présenter de grandes difficultés; cependant M. Duplay arriva, par voie d'exclusion, à le formuler d'une façon complète, et nous pouvons dire que c'est la première fois, qu'au point de vue clinique et avant toute opération, semblable tumeur ait été entièrement diagnostiquée. Evidemment la tumeur ne siégeait ni dans l'épaisseur de la peau ni dans les parties les plus profondes; elle s'était développée dans le tissu cellulaire sous-cutané. Devait-on, au point de vue du diagnostic, tenir compte du traumatisme antérieur? Évidemment oui, puisque le malade, à ce moment, était resté trois semaines au lit, et qu'il n'avait vu la tumeur apparaître qu'après le coup de crosse de fusil; mais cette masse, par son aspect, sa coloration, sa consistance, sa forme lobulée, ne pouvait se rapporter bien nettement ni à une cavité kystique ni à une tumeur fibrineuse, dont les exemples dans le tissu cellulaire sont contestés, du reste, par plusieurs auteurs. N'aurait-on pas eu affaire à une des bourses séreuses accidentelles et professionnelles sous-cutanées qui serait devenue un véritable hygroma ou un hématome? L'absence d'une fluctuation franche et les différences de consistance ne permettaient pas non plus de la rapporter à ce genre de tumeur. C'était évidemment du lipome et du fibro-lipome qu'elle se rapprochait le plus; mais il n'y avait pas lieu non plus de s'arrêter à ce diagnostic, à cause des taches violettes que présentaient les téguments et qui semblaient se trouver en connexion intime avec les parties profondes de cette masse. M. Duplay pensa donc qu'on avait affaire à une des tumeurs mixtes, érectiles et lipomateuses déjà en voie de transformation caverneuse.

L'ablation et l'examen ultérieur de cette tumeur sont venus pleinement justifier son diagnostic. Une incision ovalaire, comprenant la partie de la peau où se trouvaient les taches foncées, permit de disséquer la masse, qui s'énucléa même avec

assez de facilité ; deux ligatures d'artères furent faites. La plaie suppura, et, actuellement, le malade est presque guéri. Cette tumeur se présentait sous la forme d'une masse spongieuse, rappelant le tissu du bulbe de l'urèthre, dont les cavités limitées par des cloisons fibreuses enchevêtrées étaient remplies de sang coagulé. On y retrouvait ces lobules érectiles qui ont été décrits par L. Porta, et qui ne sont que le développement des vaisseaux capillaires du tissu adipeux; quant aux lobules graisseux, ils existaient, mais en très-petite quantité.

Ce fait nous montre donc, au point de vue clinique, que la nature de cette espèce de tumeur peut être établie avant l'opération, et que le diagnostic repose surtout sur la consistance mollasse de la tumeur, sur son aspect lobulé et aussi sur la présence, dans la peau, d'une teinte bleuâtre et même de taches ecchymotiques qui semblent la rapprocher des nævi, dont cependant elle s'écarte considérablement par sa structure intime et par son état circonscrit. Non-seulement cette variété de tumeur se développerait dans le tissu sous-cutané des membres et de la nuque, comme le petit nombre des observations recueillies par M. Monod en fait foi, mais on l'observerait aussi et même fréquemment dans le tissu adipeux de la cavité orbitaire; car cet auteur en cite sept exemples de cette nature dans son excellent travail.

2° Exostose spongieuse du sinus maxillaire droit. — C'est à M. Dolbeau que l'on doit (*Bull. Acad. méd.*, t. XXXI, p. 1076, 1865-1866) d'avoir réuni les observations publiées avant lui sur les tumeurs osseuses des sinus de la face, d'en avoir bien indiqué la nature (tumeurs spongieuses ou celluleuses, tumeurs éburnées) et d'avoir fait voir que c'est la membrane de Schneider tapissant les sinus et cellules annexées aux fosses nasales qui devient le siége de ces productions osseuses primitives, indépendamment, comme origine, des divers os du crâne et de la face. Nous nous rappelons avoir vu, en 1869, à l'hôpital des Cliniques, M. Richet opérer une de ces tumeurs celluleuses de la fosse nasale gauche chez une jeune fille de 15 ans. A cette époque, deux thèses parurent sur ce sujet : la première, celle de l'un de nos élèves (*Essai sur les ostéomes de l'organe de l'olfaction,* par M. Gaubert, 1869); la seconde, plus complète, qui est due à M. Olivier, sur les tumeurs osseuses des fosses nasales et des sinus de la face, et dans laquelle l'anatomie pathologique, le développement et la partie clinique de cette affection ont été traités avec tout le soin désirable.

Bien qu'assez rares, en vérité, les exostoses des cavités de la face ne forment donc plus un sujet inconnu, surtout au point de vue anatomo-pathologique ; cependant chacune d'elles ne se présente pas toujours avec des caractères cliniques identiques, et c'est sous ce dernier rapport que nous tenons à relater brièvement un cas de cette nature, que nous avons observé dans le service de M. Desprès, à l'hôpital Cochin.

La malade en question, une femme de 28 ans, ne faisait remonter le début de son
ıal qu'à dix-huit mois; mais, pendant ce temps, la tumeur fut si peu saillante qu'on
e put soupçonner sa nature dans plusieurs services d'hôpitaux. Il y a quatre ou cinq
ıois, elle avait pris beaucoup plus d'extension, et lorsque cette femme entra à
'hôpital Cochin, elle présentait, du côté droit, un degré d'exorbitis assez prononcé,
ien que la vue fût complétement intacte; c'est là, du reste, un phénomène physio-
ogique dont nous retrouvons l'analogue sur la jeune fille qui fut opérée par
I. Richet en 1869, et chez laquelle la tumeur osseuse n'occasionnait, du côté de
'œil correspondant, aucun trouble fonctionnel, bien que ce dernier fût repoussé en
ıaut et même dévié.

La fosse canine était très-légèrement soulevée, ainsi que la paupière inférieure et
l'aile du nez correspondant, et il était facile de sentir au toucher, derrière le rebord
ɔrbitaire inférieur, une saillie dure, évidemment de consistance osseuse, mais sans
ıucune crépitation. Du côté de la cavité buccale, la voûte palatine était légèrement
ɔombée à droite, mais le voile du palais ne présentait aucune altération. La perte
le l'odorat, à droite, était complète, et la fosse nasale de ce côté avait été, à
liverses reprises, le siége d'épistaxis, mais sans aucun suintement purulent. Tous
es téguments de la région sous-orbitaire étaient complétement insensibles dans la
one correspondant à la distribution des filets du nerf sous-orbitaire; de plus, la
nalade ressentait depuis quelque temps, sur tout le côté droit de la face et du crâne,
les douleurs qui rappelaient celles de la névralgie faciale.

Si l'on ne conservait pas de doute sur la nature réellement osseuse de cette
umeur, il n'en était pas de même sur la variété d'exostose à laquelle on avait
ıffaire. Ce second point du diagnostic est, en effet, assez délicat, et semble cepen-
lant avoir son importance, relativement aux difficultés plus ou moins grandes que
'on aura à surmonter pour enlever cette masse osseuse.

Je me souviens que, chez la malade de l'hôpital des Cliniques, M. Richet avait
ru à une tumeur éburnée, parce qu'elle avait eu une grande puissance de refoule-
nent sur les parties voisines, et pourtant l'exostose était celluleuse.

L'ablation étant la seule opération applicable en pareil cas, M. Desprès fit une
ncision comprenant tout le rebord orbitaire et remontant un peu sur la région laté-
ale droite du nez. Il réséqua alors une petite partie du squelette et arriva sur la
umeur, dont il reconnut immédiatement la nature spongieuse; elle était enclavée
lans le sinus maxillaire, dont la paroi antérieure se confondait intimement avec
lle : son énucléation ne sembla pas tout d'abord devoir être facile : de plus, il exis-
ait dans l'intérieur de la fosse nasale droite un prolongement qui nécessita, pour
tre enlevé, l'ablation du cornet inférieur. Passant un ciseau tantôt en haut, tantôt
la partie inférieure pour l'ébranler, M. Desprès commença à la ruginer, à l'évider
n avant, ce qui lui permit, au bout de quelque temps, de l'extraire en totalité en
a faisant basculer.

Je crois qu'en pareille circonstance un petit forceps construit suivant les besoins du cas, pourrait rendre grand service pour désenclaver la tumeur.

Au moment où la masse fut enlevée, il n'y eut pas, à proprement parler, d'hémorrhagie; un peu de sang s'écoula en nappe dans la profondeur de la plaie. Le doigt explorant la cavité confirma dans cette idée que l'exostose avait bien pris naissance dans la cavité du sinus maxillaire.

Nous avons revu l'opérée quinze jours après; elle allait très-bien, la plaie faciale était relativement très-petite, et fournissait une suppuration de bonne nature qui s'échappait également par le nez. Des lavages étaient pratiqués dans la profondeur de la cavité nasale droite.

Il y a quelques jours, la malade, qui avait offert depuis plusieurs mois les phénomènes d'une otite moyenne, fut prise d'un frisson violent, de troubles encéphaliques, et succomba. On trouva, à l'autopsie, un *foyer purulent* dans le cervelet, mais ne communiquant pas avec l'oreille moyenne; aucun autre abcès dans les autres viscères. Le crâne et la face de cette femme ont été présentés par M. Desprès, dans la séance du 10 février 1875, à la Société de chirurgie : la plaie extérieure était complétement cicatrisée. Dans une discussion qui a eu lieu, à ce sujet, M. Trélat a émis l'opinion que l'abcès du cervelet pouvait bien avoir débuté longtemps avant l'opération, sous l'influence de cette otite chronique. Ce ne serait alors que dans les derniers temps qu'il aurait donné lieu aux accidents aigus qui ont entraîné la mort de la malade.

XXIX

Sommaire. — Polypes fibreux intra-utérins opérés sur place et sans abaissement de l'organe.

Nous avons vu, dans l'une de nos dernières *Revues* sur le traitement des *hystéromes*, combien le chirurgien doit se montrer circonspect dans les tractions à exercer sur les fibromes utérins; car, dans ces manœuvres, la matrice peut se renverser, être amenée au dehors, et exposer la malade à des accidents d'une haute gravité; aussi quelques opérateurs n'ont-ils pas hésité, bien que ce *modus faciendi* ne nous semble pas non plus entièrement exempt de grands dangers, à aller chercher le corps fibreux dans l'intérieur de la matrice et à en lier le pédicule sur place sans faire subir la moindre traction à l'organe de la gestation.

Quoi qu'il en soit, cette méthode, qui consiste à attaquer le polype contenu encore dans la cavité utérine, n'est pas de date récente : c'est Herbiniaux qui l'a mis tout d'abord en pratique; une première tentative faite par ce chirurgien occasionna, dit Lisfranc (*Clin. chir.*, t. III, p. 201), des convulsions; il imagina alors d'attirer le polype à l'extérieur *en produisant un demi-renversement de la matrice;* il lia de nouveau la tumeur, et en fit ensuite la section au-dessous du lien qu'il venait d'appliquer.

Balzac a porté une ligature sur un polype entièrement renfermé dans l'utérus, et a réussi.

Deguise père, chirurgien de l'hôpital Saint-Maurice-Charenton, qui suivit longtemps la clinique de Desault, vit son illustre maître attaquer plusieurs fois avec succès, par la ligature, des productions organiques accidentelles complètement logées dans l'organe gestateur.

Dupuytren, Récamier, Lisfranc, ont détruit également avec succès des tumeurs polypeuses entièrement renfermées dans l'utérus.

Le fait n'est donc pas nouveau, nous le répétons, mais il est plus que probable que la plupart de ces éminents praticiens, pour faciliter la ligature du fibrome, n'opéraient pas sans produire des tiraillements sur lui et, par conséquent, sans déterminer un certain degré d'abaissement de la matrice.

Plusieurs opérateurs ont cherché tout récemment à remettre cette méthode en vigueur, mais, cette fois, en agissant sur place dans la cavité utérine sans exercer

préalablement aucune espèce de traction ni sur le fibrome ni sur l'organe de la gestation.

Dans les *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, de M. Gallard,

Nous trouvons la relation d'un cas de polype intra-utérin implanté à la partie supérieure de lacavité (comme le montre la figure ci-jointe tirée de l'ouvrage du même auteur) et près



de la corne droite de l'utérus. Les hémorrhagies étant incessantes, l'anémie devenant plus profonde et les forces diminuant, il se décida à faire l'extraction de la tumeur le 25 novembre 1868. Il fit préalablement deux incisions latérales sur le col; puis, après avoir donné deux ou trois coups de ciseaux sur le côté droit du pédicule, il se décida à l'enlever avec le serre-nœud de M. Maisonneuve, et la malade, guérie, quittait l'hôpital le 13 janvier 1869.

M. George H. Kidd, M. D., F. R. C. S. I., chirurgien accoucheur de Dublin, à The Coombe Lying in Hospital, a publié (*Sur le diagnostic et le traitement des polypes utérins*), dans *The Dublin Quaterly Journal of medical science* de février 1869, trois cas de cette nature, presque invraisemblables au moins pour deux d'entre eux, et que nous voulons rappeler en peu de mots, mais sans aucun commentaire :

Dans le premier fait, il s'agit d'une femme de 36 ans, ayant présenté une métrorrhagie pendant plus de quatorze ans, et chez laquelle 29 POLYPES FIBREUX furent enlevés de la cavité du corps de l'utérus par quatre opérations successives. Chez cette malade, la matrice avait tellement augmenté de volume que son fond était senti au-dessus du pubis. Après avoir préalablement dilaté le canal cervico-utérin avec plusieurs morceaux de *sea-tangle,* on put enlever (1867) avec l'écraseur, dans une première séance, 3 tumeurs, chacune de la grosseur d'un œuf de pigeon; dix jours après, cette femme quittait le service. — Au mois de mars 1868, nouvelles hémorrhagies qui l'amènent à l'hôpital, nouvel accroissement de l'utérus, nouvelle dilatation par le chirurgien, ablation de 9 polypes. Elle se rétablit encore, mais l'hémorrhagie revint, et elle rentra pour la troisième fois en mai de la même année. Cette fois, on enleva

tumeurs pédiculées provenant du fond de l'organe, les unes aussi grosses que lors de la [p]remière opération, d'autres plus petites et sessiles; l'intérieur de la cavité utérine fut badi[ge]onné avec une solution de perchlorure de fer dans la glycérine. — Rétablissement, mais [no]uvelles hémorrhagies, et (11 juillet) on lui fait subir une quatrième opération par laquelle tumeurs furent enlevées; la plus grosse était du volume d'une noisette. On fit ensuite un [ba]digeonnage à la surface interne de l'organe *avec l'acide nitrique* d'après le conseil du doc[te]ur Ringland, qui, à ce qu'il paraît, ne craint pas de faire usage de ce violent caustique dans [le]s affections du col utérin. — M. Kidd a revu la malade le 6 janvier 1869 : les menstrues [é]taient redevenues régulières, et tout faisait présager une guérison complète (??).

Voici le second fait :

La femme en observation (64 ans) avait présenté quelques symptômes analogues à ceux du [c]ancer de l'utérus (petites hémorrhagies répétées, écoulement constant aqueux, d'un vert bru[n]âtre, essentiellement fétide); l'hystéromètre et la dilatation du canal cervico-utérin firent découvrir une tumeur fibreuse, du volume d'un gros haricot, située à gauche et au-dessus de l'ori[fi]ce interne du col, qui jouait là le rôle d'une véritable valvule : elle put être enlevée avec une [a]nse métallique; mais, dans ce cas, l'utérus fut abaissé en masse; la guérison eut lieu.

Le troisième fait est bien plus surprenant :

Il s'agissait d'une jeune femme de 29 ans, mariée pendant sept ans, n'ayant jamais eu [d]'enfant, et dont l'utérus était en antéflexion, les hémorrhagies répétées, l'agrandissement [d]u fond de l'utérus et l'allongement de la cavité font supposer qu'il existe un polype intra[u]térin. — Après la dilatation cervico-utérine, on trouva, en effet, un polype occupant la por[t]ion fléchie de l'utérus. On l'attira avec des pinces (mars 1867), et on passa une anse de fil [d]e fer; mais, en raison de la position vicieuse du fibrome, *on ne put en enlever que le quart.* [A]près l'opération, on pratiqua un badigeonnage avec le perchlorure de fer. La guérison fut [r]apide et complète. En juillet de la même année, on prit soin de faire une nouvelle dilatation [e]t d'explorer minutieusement tout l'intérieur de la cavité utérine, et le chirurgien resta con[v]aincu qu'il n'existait pas la moindre trace du polype dans la partie antéfléchie de la matrice. [L]a menstruation se rétablit d'une façon régulière.

M. Guéniot, dans une des dernières séances de la Société de chirurgie (20 janvier 1875), a fait une communication sur l'utilité qu'il y a à enlever de bonne heure certains polypes inclus dans la matrice, sur la suppression de l'abaissement préalable de l'utérus, et sur le mode d'application autour du pédicule de l'anse métallique, portée à l'aide du constricteur de M. Maisonneuve jusque dans la cavité, en suivant les règles prescrites pour l'introduction des branches du forceps.

Nous voulons relater, enfin, un cas de *double tumeur fibreuse pédiculée* saillante dans le vagin, mais à pédicule situé dans la cavité utérine, que nous avons vu opérer avec succès par M. Gallard, à l'hôpital de la Pitié, au mois de décembre 1874, et qui montre d'une façon péremptoire que, dans certains cas où les indications

sont précises, il y a avantage à aller attaquer ces polypes jusque dans la cavité utérine, mais toutefois sans exercer aucune traction ni sur l'organe ni sur la tumeur fibreuse.

Voici cette observation, que M. Gallard a bien voulu nous communiquer :

Il s'agissait d'une concierge de 48 ans, qui éprouva, à l'âge de 15 ans, tous les signes du molimen hémorrhagique, mais chez laquelle les fonctions menstruelles ne s'établirent qu'après le mariage. Une grossesse se produisit; mais des accidents survinrent qui déterminèrent un avortement gémellaire. Elle se rétablit, et arriva jusqu'à l'âge de 40 ans assez bien réglée et ne souffrant plus comme auparavant. Vers 45 ans, elle fut prise, sans cause, d'un écoulement abondant, semi-roussâtre, très-liquide, non leucorrhéique. En même temps, les règles augmentèrent de durée, sans hémorrhagie proprement dite, avec écoulement du liquide précédent dans les intervalles.

Il y a deux ans, métrorrhagie qui l'oblige à consulter M. Leblond, qui, constatant un peu de tuméfaction du col, mais sans élargissement notable, et un peu d'augmentation du volume du corps, mais sans douleurs ni phénomènes généraux, pensa avoir affaire à une métrite interne hémorrhagique. Un an après, les hémorrhagies ne cessant pas, et même apparaissant en dehors des époques menstruelles, la malade entra dans un hôpital : elle était extrêmement anémiée; son écoulement était permanent; sans plus ample examen, elle fut considérée comme atteinte de cancer, et par conséquent un peu négligée.

Rentrée dans le service de M. Gallard, voici quels renseignements fournit le toucher : dans le vagin, dont l'ouverture est assez étroite, le doigt constate une assez grande dilatation de ce conduit et, au centre, une tumeur mollasse assez volumineuse.

On arrive, en passant le long du côté droit, à la contourner facilement, et le doigt la suit en haut tant qu'il peut s'enfoncer, mais il est difficile de savoir s'il va dans l'utérus ou reste dans le vagin, car on ne sent pas le bourrelet caractéristique qui est normalement perçu lorsqu'on passe du vagin dans le col; il n'y a à ce niveau qu'une certaine différence de consistance. Persuadé que la tumeur se prolongeait évidemment dans l'utérus, M. Gallard en acquit la certitude absolue après l'emploi de l'hystéromètre. Voilà pour la première tumeur latérale droite et antérieure. — Une deuxième, isolée de la première, puisqu'il y avait un espace entre les deux, se sentait en arrière et à gauche : elle était moins volumineuse. Grâce à l'exploration faite avec le doigt, puis avec l'hystéromètre, on arrive à cette conclusion : que la tumeur antérieure et droite est insérée sur le bord interne latéral gauche de l'utérus, et que la tumeur postérieure gauche est insérée très-bas, soit sur le col, soit sur le bord inférieur de l'utérus ; toutes les deux sont contenues dans le vagin. Une remarque à faire pour la première (antérieure droite), c'est qu'elle ne tient pas à l'utérus par sa portion la plus élevée, car, au-dessus de son point d'implantation, il y a encore une petite partie libre dans la cavité utérine.

Après avoir, dans une leçon clinique dont cette malade était l'objet, insisté sur le diagnostic et le développement de ces tumeurs fibreuses et sur l'innocuité des incisions latérales du col, et avoir démontré l'inutilité de la thérapeutique médicale en pareille circonstance, M. Gallard aborda la question du traitement : quand le pédicule est petit, que la tumeur est bien saillante et de volume moyen, les ciseaux suffisent ; pour les polypes plus volumineux, il est plus facile

plus sûr d'employer soit l'écraseur de M. Chassaignac, soit le serre-nœud de M. Maisonneuve. A propos de l'*énucléation*, il a rappelé une consultation qu'il a rédigée en 1864, conjointe-nt avec Nélaton, et dans laquelle l'opération conseillée avait été de faire, sur la face anté-ure de la tumeur, une incision cruciale portant sur toute l'épaisseur du tissu utérin et uvant permettre à la tumeur fibreuse de venir faire saillie à l'extérieur.

Chez cette malade, et pour le premier polype (antérieur droit), il fit usage de la combi-ison de l'écrasement et de la cautérisation avec la galvano-caustie; mais le fil qu'il avait ssé autour du pédicule ayant été soumis brusquement à une trop haute température se ndit; aussi a-t-il eu besoin, pour broyer le pédicule en quelques secondes, de se servir du rre-nœud de M. Maisonneuve. Une petite hémorrhagie suivit l'opération, mais fut arrêtée pidement avec un tampon de ouate imbibé de perchlorure de fer. Malgré ce petit accident, ut se passa bien; la malade eut quelques vomissements, un peu de sensibilité du ventre, ıais ces phénomènes disparurent rapidement. — Le deuxième polype (postérieur gauche) fut péré le 26 décembre 1874. Comme la première fois, le galvano-cautère échoua, et on se servit u serre-nœud de M. Maisonneuve, qui sectionna le pédicule en quelques secondes; une gère hémorrhagie s'arrêta d'elle-même, et actuellement, c'est-à-dire deux mois après cette ouble opération, la malade, quoique encore un peu faible, peut se lever et marcher dans les alles en se soutenant sur une béquille.

Nous tenons de M. Gallard lui-même que huit cas semblables, dans lesquels il a û aller attaquer le polype jusque dans la cavité de l'utérus, se sont terminés par ı guérison. Chez trois malades où les polypes affectaient la forme intermittente, avait fait précéder l'opération de l'incision bilatérale du col, qu'il ne considère as, du reste, comme une chose sérieuse.

Les faits précédents nous amènent donc à porter cette conclusion, qu'il y a réelle pportunité, dans certains cas, à aller attaquer de bonne heure, dans la cavité de la ıatrice, et sans exercer aucune traction sur l'organe, les polypes intra-utérins, mais urtout quand ces tumeurs compromettent la vie des malades par les accidents érieux qu'elles déterminent.

Ces fibromes, comme on sait, naissent du tissu utérin dont ils se coiffent : l'abord intra-utérins, ils se pédiculisent, s'allongent, se présentent au col, puis ıpparaissent dans le vagin, et c'est alors seulement que l'on songe le plus souvent ı les opérer; mais pendant ce développement et cette migration, ces polypes lonnent lieu à des hémorrhagies, à une leucorrhée abondante et, par conséquent, à les phénomènes d'anémie et même d'épuisement qui portent grand préjudice à la nalade et diminuent d'autant les bonnes chances d'une opération, qui, si elle avait ːté tentée plus tôt, et lorsque la masse se trouvait encore incluse dans l'utérus, eût ːté certainement pratiquée dans de bien meilleures conditions.

XXX

Sommaire. — Fracture spontanée de la cuisse gauche. (Quelques mots sur l'étiologie et l'étude clinique des fractures dites spontanées.)

L'épithète de *spontanée*, appliquée à certaines fractures, ne porte en elle qu'une exactitude relative; car, dans la production des solutions de continuité du squelette, il faut toujours admettre, on le comprend sans peine, l'intervention, quelque minime qu'elle soit, ou bien de la force musculaire, ou d'un choc, ou de la pesanteur du corps : il existe donc là, par le fait, un traumatisme, et ce n'est pas, à proprement parler, d'une façon rigoureusement spontanée, que la rupture a lieu. Mais lorsque, pour des os aussi volumineux et aussi résistants que l'humérus et le fémur, par exemple, on voit survenir une fracture à la suite d'une cause des plus légères, des plus banales ou insignifiantes, on est bien en droit (le mot est passé, en définitive, dans le langage usuel) de la considérer comme *spontanée*, sans prendre complétement à la lettre l'idée qui est renfermée dans cette dernière dénomination.

Le cas suivant, dont nous venons d'être témoin à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Duplay, nous présente, dans son histoire, plusieurs points fort intéressants, sur lesquels nous désirons insister un instant :

Il s'agissait d'un cocher, homme vigoureusement musclé (fait important à rappeler quand nous en viendrons à l'étiologie de l'affection), qui, *en ôtant l'une de ses bottes* (la jambe de ce côté étant légèrement fléchie sur l'autre), sentit et entendit un craquement très-fort dans sa cuisse gauche. Le médecin appelé ne constata qu'une chose, la fracture, sans être étonné de la grande facilité avec laquelle elle s'était produite. Au bout de vingt-cinq jours environ, l'appareil de Scultet, qui avait été immédiatement appliqué, fut retiré; et la consolidation parut vraisemblablement bien peu satisfaisante au médecin, car ce dernier, selon le dire du malade, qui en a gardé le souvenir le plus pénible, fit pratiquer la contre-extension par deux aides, et la traction du membre par deux autres, afin de lui rendre et sa rectitude et sa longueur; un nouvel appareil resta appliqué pendant cinquante-cinq jours, et fut enlevé vers le soixante-quinzième. Le médecin crut, à ce qu'il paraît, à la consolidation, puisqu'il dit à cet homme de marcher, conseil qu'il lui fut complétement impossible de mettre à exécution. Un autre confrère fut appelé, et ne trouva aucune consolidation des fragments, dont le frottement l'un contre l'autre était très-appréciable : l'appareil de Scultet

t réappliqué pour la troisième fois; mais, comme le malade fut pris alors de douleurs vio-
ntes de la cuisse, on fut obligé de l'enlever au bout de quelques jours, et M. Duplay, qui
amina le membre à ce moment, put constater une petite plaie externe, avec issue d'une
rtion d'un des fragments osseux.

Voici l'état dans lequel nous l'avons observé à Saint-Antoine : Il existait une tuméfaction,
plutôt un *œdème dur* et profond de toute la cuisse gauche, jusqu'au-dessous du grand
ochanter : ce membre était considérablement raccourci, et présentait une courbure très-
ononcée, à convexité externe; en dehors et au-dessus du genou correspondant, on voyait
ne petite plaie irrégulière, à bords décollés, laissant écouler un liquide séro-purulent
nieux, et par où venait faire issue la saillie aiguë de l'extrémité du fragment osseux supé-
eur; on ne pouvait toutefois déterminer ni une mobilité anormale bien accentuée, ni une
exion complète au niveau du point que l'on supposait fracturé.

Tout en faisant quelques réserves, bien faibles, en faveur d'une ostéo-périostite très-étendue,
omme cause de la rupture opérée, on était à peu près en droit d'affirmer, malgré l'absence de
anglions, et l'état de santé très-vigoureuse en apparence de cet homme, qu'on avait affaire à une
acture spontanée consécutive à la production d'une tumeur de mauvaise nature : phénomènes
rémonitoires consistant dans des douleurs violentes, qui furent taxées de *rhumatoïdes*, et
ui eurent lieu un mois avant la fracture, *œdème* considérable du membre inférieur, qui le
rça également de garder le repos; présence d'une *tuméfaction dure et diffuse* de toute la
iisse; *absence de suppuration;* existence d'*antécédents héréditaires* (son père était mort d'un
ncer de l'estomac) : tels étaient les principaux symptômes qui ont fait pencher M. Duplay
rs le diagnostic d'*ostéo-sarcome du fémur, suivi de fracture de cet os.*

Cette observation nous montre, au point de vue professionnel, l'extrême réserve
ue le chirurgien doit faire dans le pronostic de la fracture d'un os volumineux,
rsque cette dernière s'est produite sous l'influence d'une cause pour ainsi dire
isignifiante, et quand bien même l'exploration du membre ne décèle pas encore
existence d'une tumeur surajoutée au squelette : le praticien, en vue de dégager
a propre responsabilité, ne doit pas négliger, en effet, de mettre en parallèle l'im-
ortance de la fracture et la banalité de la cause, et de prévenir les personnes am-
iantes de la gravité extrême de la lésion, et de la possibilité d'une non-consoli-
ation.

Toute affection locale ou générale qui diminue ou détruit la force de cohésion du
issu osseux, prédispose le squelette à se rompre sous l'influence des traumatismes
es plus légers; mais, de toutes les *causes* qui déterminent la *fracture spontanée*
es os, le CANCER est, sans contredit, la plus commune. On en rencontre un assez
rand nombre de cas dans les auteurs, et, chose curieuse, ils se rapportent le plus
ouvent à des femmes atteintes ou opérées de carcinome de la mamelle, et chez les-
quelles on a vu ultérieurement la même production se localiser sur un os et en
ccasionner la fracture.

Le premier fait de cette nature a été observé par J.-L. Petit (*Maladies des o* 1723, t. II, p. 363), chez une vieille femme affectée de *cancer mammaire* : bient apparut un gonflement circonférenciel du fémur gauche, avec douleurs vives; ce f *en se retournant dans son lit* qu'elle se cassa la cuisse; des tumeurs analogues : développèrent du côté de l'humérus et de la clavicule, qui se fracturèrent égalemen

Dans son *Mémoire avec un précis de plusieurs observations sur le cancer* (*Mén Acad. chirurgie*, t. III, p. 49 et 50, 1787), Le Dran cite deux cas dont le premie attribué à Mareschal, est celui d'une demoiselle de 45 ans, qui fut opérée par dernier d'une tumeur squirrheuse *au sein*. Guérison en quarante jours. Au bout quelque temps, il survint des douleurs si violentes pendant dix-huit mois, qu'el ne pouvait se tenir dans aucune situation. Elle se mit au lit, et, un jour, comm elle tâchait de se tourner *pour recevoir un lavement*, elle sentit à la partie supé rieure de la cuisse des douleurs si vives, qu'elle tomba en syncope. Guérin père Bouquet trouvèrent sa cuisse cassée à la partie supérieure, près du col.—Réduction — Mort à la suite de fièvre lente. A l'autopsie, au-dessus et au-dessous de la frac ture, jusqu'à la moitié de l'os, la substance était ramollie et vermoulue.

On voit donc que, dans ce cas, pas plus que dans celui de M. Duplay, rapport plus haut, il n'existait de masse cancéreuse bien circonscrite au niveau du sque lette. La seconde observation citée par Le Dran (*loc. cit.*) provient de Morand, et trait également à une demoiselle ayant eu un *cancer au sein*, opéré et suivi de gué rison prompte : la malade se cassa la cuisse *dans son lit*, et mourut quelques moi après. Le fémur fut trouvé ramolli, et, en se desséchant peu après à l'air, il est pour ainsi dire, tombé en poussière.

Le fait de Louis, mentionné par Malgaigne (*Traité des fract.*, t. I, p. 14), est plu curieux encore. Il s'agissait d'une religieuse de 60 ans, qui eut un bras cassé pa un cocher qui l'aidait à monter en carrosse. Le cal ne se fit pas : sept mois après étant assise dans un fauteuil et *laissant tomber négligemment sa main sur sa cuisse* cela suffit pour lui rompre le fémur. Louis, frappé de cette fragilité, apprit enfin que la malade portait un *cancer du sein* ulcéré.

Malgaigne (*loc. cit.*, p. 15), rapporte aussi l'observation d'une femme de 40 an (dont les os furent présentés à l'Académie par Sanson, en 1834) portant encore un *cancer du sein* depuis dix-sept ou dix-huit mois. *En se mouvant dans son lit*, elle se cassa la cuisse, et, en voulant remédier à cette première fracture, l'interne lu rompit le fémur du côté opposé.

D'autre part, Dupuytren (*Cl. chir.*, recueillie par Brierre de Boismont et Marx t. I, p. 230) cite l'exemple d'une femme de 54 ans, chez laquelle il finit par décou- vrir un énorme *cancer ulcéré du sein*, qu'elle avait dissimulé pendant longtemps. Cette personne, *en montant sur son lit pour se coucher*, se fractura le col du fémur.

bout de soixante-quinze jours, aucune consolidation n'avait eu lieu, et la malade ourut de cachexie.

C'est encore chez la femme d'un employé du Jardin des Plantes, atteinte de *can- du sein*, que Robert (UNION MÉD., n° 89, 1858), observa, avec Sanson, une fracture la cuisse qui se produisit pendant qu'elle *se promenait*. Il y avait une masse céphaloïde dans le canal médullaire de l'os. Le même chirurgien mentionne (*loc.* .) aussi deux faits de fracture spontanée, l'un provenant de Beaujon (fracture du is par simple effort musculaire, — pas de consolidation), l'autre de l'Hôtel-Dieu omme de 18 ans, ayant des douleurs regardées comme rhumatoïdes deux ans paravant, et s'étant cassé la cuisse *en levant le membre inférieur pour passer son ntalon* : — aucune tendance à la consolidation. On découvrit chez lui un cancer la clavicule droite.)

A ces sept exemples de rupture du squelette chez des femmes affectées de carci- ome de la mamelle, nous pouvons en ajouter un huitième, inédit, que M. Amédée orget a bien voulu nous communiquer, et qu'il a observé dans sa clientèle en 1862.

Il s'agissait d'une dame de 54 ans, bien portante du reste, qui fut opérée par ce iirurgien d'un carcinome du sein droit à marche rapide. La cicatrisation fut lente la récidive se fit sur place quelques mois après : la nouvelle tumeur s'ulcéra très- omptement. Au bout de quatre à cinq mois, des douleurs vives et persistantes parurent dans la cuisse droite; la partie moyenne du fémur présentait un gonfle- ent appréciable, limité, du volume d'un gros œuf, et qui s'étendit, en même mps que les douleurs, vers la partie supérieure du membre. Un jour, au moment , *dans son lit*, elle faisait un mouvement, cette malade entendit un bruit sec et ssentit une douleur plus vive à ce niveau; il fut facile de constater, vers le centre la tumeur, une solution de continuité du fémur. Aucune consolidation n'eut u : un œdème considérable, accompagné de lymphangite, envahit le membre, et malade succomba avec des phénomènes de généralisation du côté du foie et de stomac.

On trouvera encore, dans le *Bullet. Acad. méd.*, 1838-1839, p. 572, l'observa- n adressée par les docteurs Verdier et Clary-Bousquet (de Cahors), dans laquelle homme de 63 ans, après être descendu de cheval, au retour d'une tournée, se actura la cuisse en marchant sur une surface unie, sans effort ni mouvement usque : on trouva, après la mort, un cancer de l'os.

Enfin, en 1847, M. Gosselin (*Clin. chir.*, t. I, p. 381, 1873) observa, à l'hôpital s Cliniques, un cancer du col du fémur gauche qui se termina par fracture spon- née, chez un homme de 65 ans, au moment où il *descendait de son lit*, et un autre fémur droit (hôpital Cochin) sur une femme de 60 ans, qui détermina encore une acture *en se retournant dans le lit*.

L'année dernière (1874), dans le service de M. Tillaux, à Lariboisière, nous avons

pu voir une femme de 63 ans, entrée pour une fracture du bras gauche; l'acciden lui était arrivé brusquement, au moment où elle *relevait sa robe* dans la rue. L cause invoquée par la malade put paraître un moment invraisemblable; mais l découverte d'un néoplasme mélanique de la face antérieure du sternum mit sur l voie du diagnostic, et confirma dans l'idée d'une fracture spontanée de l'humérus chez cette femme, il n'existait pas de tumeur appréciable au niveau de la fracture Elle succomba au bout de quelques mois.

Le plus souvent, les douleurs sont très-vives ; cependant, dans une des observations de M. Gosselin, la tumeur était indolente, et elle persista après la ruptur osseuse. Dans le cas de Robert, toutefois (jeune homme de 18 ans), les douleur cessèrent complétement à partir du moment où la fracture eut lieu, et il en fut d même dans l'exemple de J.-L. Petit.

En général, la solution de continuité est complète; cependant, d'après Lebei (*Traité des maladies cancéreuses*, p. 720, 1851), on observe parfois des fracture incomplètes dans lesquelles une rupture existe dans toute l'épaisseur du tiss osseux, d'un côté de l'os, mais sans en atteindre toute la circonférence. Ne serait-c pas le cas chez le malade du service de M. Duplay ?

La non-consolidation est la règle dans les fractures spontanées consécutives a cancer; néanmoins M. Richet (*Soc. chir.*, 1865, p. 21), a cité le fait d'un homme d 36 ans qui, après avoir ressenti des douleurs attribuées au rhumatisme, en éprouv une très-violente *en marchant* : il y eut fracture du fémur à la partie inférieure, qu put se consolider en six semaines, temps au bout duquel apparut, au niveau de l fracture, une tumeur (fibro-plastique de l'os) qui obligea l'amputation. D'autre part Pouteau, cité par Malgaigne (*loc. cit.*), rapporte le cas suivant : Il avait enlevé u cancer ulcéré du sein à une femme de 45 ans. La cicatrisation se fit à merveille mais au bout d'un an survint, dans les hanches et les cuisses, des douleurs qu obligèrent la malade à garder le lit; un an plus tard, comme sa servante *lui soulevait la cuisse*, le fémur se brisa avec une atroce douleur, rapidement suivie d'u gonflement considérable. La consolidation eut lieu, et la malade survécut encor deux ans, au bout desquels elle mourut hydropique.

Nous ne croyons pas trouver, dans cette dernière observation, un exemple d fracture produite par la présence toute locale d'un néoplasme de l'os ; on n'ignor pas, en effet, que plusieurs chirurgiens ont vu souvent, Dupuytren entre autres *des fractures chez des cancéreux* (mais sans ostéo-sarcome) se consolider parfaitement.

Ceci nous amène à nous demander comment s'exerce la cause, dite cancéreuse dans les cas de fractures spontanées. Agit-elle uniquement en localisant, sur différents points du squelette, le produit morbide qui, né du tissu médullaire, aminci peu à peu excentriquement le tissu compacte? Oui, certainement, dans la très-

nde majorité des cas. Mais pouvons-nous admettre, d'autre part, que le *virus céreux*, comme le disait Le Dran, agit, dans la production de certaines de fractures, en *modifiant* préalablement la texture intime du tissu osseux, is sans y déposer des masses morbides directement appréciables? C'est là e question à laquelle nos auteurs répondent, les uns négativement, les autres ne façon un peu plus affirmative. Rumpelt (*Gazette médicale*, 1835) avait cité cas d'une femme de soixante ans, souffrant depuis quatre ans d'une indura- n des glandes mammaires, et qui, en *fléchissant la cuisse pendant son som- il*, se fractura le fémur droit en deux endroits; la mort étant survenue peu de ps après, on trouva en même temps toutes les vraies côtes brisées, mais nulle ce de matière cancéreuse dans le squelette. Malgré cet exemple, où il n'existait un noyau cancéreux sur le lieu de la fracture, Malgaigne se refuse à croire à la gilité plus grande des os chez les individus en proie au vice cancéreux; Nélaton croit pas non plus à une modification générale du squelette. Par contre, Lisfranc *in. Pitié*, t. I, p. 138) dit à ce propos : « Cette friabilité est rare, puisque Bayle ne l'avait pas rencontrée dans les autopsies très-nombreuses qu'il a faites en étudiant le cancer. Pendant dix-huit ans, j'ai fait manœuvrer à un très-grand nombre d'élèves les opérations chirurgicales; j'ai eu à ma disposition presque tous les adavres des femmes mortes de cancer à la Salpêtrière, et j'ai vu souvent que les *s étaient plus mous qu'à l'état normal : deux ou trois traits de scie suffisaient our diviser le fémur dans toute son épaisseur et dans toute sa circonférence.* » lin, tout en disant que le cancer n'agit pas de la même manière que le rachi- ne, en étendant son action au tissu osseux tout entier, croit cependant que la thèse cancéreuse peut produire, sur certains points du squelette, une fragilité s ou moins grande, sans présence de tumeur proprement dite.

ans admettre une influence modificatrice directe du vice cancéreux sur le tissu eux, nous croyons cependant que, dans le cancer comme pour toutes les affec- ns graves de l'économie, il se produit certainement un trouble nutritif général par suite, une *dégénérescence graisseuse* qui, se portant sur le squelette comme les autres tissus, le prédispose, jusqu'à un certain point, aux fractures sponta- s; le malade de M. Duplay pourrait bien rentrer dans ce cas : il semble jouir, ns-nous dit en commençant, d'une santé parfaite; mais cette force de cons- tion est plutôt apparente que réelle; ce qui prédomine, en effet, chez lui, c'est ns la masse musculaire que le pannicule graisseux, dont l'épaisseur est extrê- nent considérable.

elle est la première cause (cancer, diathèse cancéreuse) que nous voulions exami- rapidement. Nous verrons, dans notre prochaine Revue, quelles sont les autres ses (*kystes hydatiques, ostéomyélites, carie, fragilité des os*) pouvant jouer un plus ou moins actif dans le mécanisme des fractures spontanées, et quelle part

on doit également attribuer, dans leur production, aux autres états diathésique *syphilis*, *scrofule*, *goutte*, *rachitisme*, etc., et à l'*ataxie locomotrice* en particulie

II. Nous avons avancé, dans notre dernière revue, que, parmi les affections dont fâcheux effet local est de déterminer la friabilité des os et de les exposer par consé quent aux fractures spontanées, le cancer est certainement la plus commune à côté de cette première cause viennent s'en placer d'autres, moins fréquente mais qui ne laissent pas que de jouer, relativement à la production de ces solutio de continuité, un rôle d'une grande importance.

Les HYDATIDES du squelette sont rares, mais on en rencontre cependant plusieu observations dans la science : l'une d'elles est due à Dupuytren (*Cl. ch.*, t. I, p. 52 elle a trait à un jeune homme de 23 ans, bien constitué, chez lequel se produisit un fracture du bras (réunion du tiers inférieur avec le tiers moyen), au moment o faisant semblant de lancer des pierres, il porta très-fortement le bras et l'avant-bra en arrière; puis, simulant le mouvement en avant, il retint brusquement le membre au bout de trois mois, il n'y avait pas eu de consolidation, et Dupuytren, en divi sant les tissus jusqu'à l'humérus, trouva une hydatide de la diaphyse qui avait us le tissu osseux et l'avait réduit à une coque tellement mince, qu'un simple effo avait suffi pour rompre l'humérus.

Les auteurs du *Compendium de chirurgie* citent encore deux cas analogues, em pruntés à Wickam (femme se brisant le tibia en retournant brusquement la jamb pendant la marche) et à Escarraguel (homme se fracturant le fémur, quoiqu'il n'eû fait aucun effort, en se promenant paisiblement).

Enfin, nous avons vu, au milieu de l'année dernière, à la Pitié, dans le servi de M. Labbé, un homme dont la fracture spontanée de l'humérus avait reconnu quatre ans auparavant, cette même cause, et dont l'observation est relatée tout a long dans *The Lancet*, 17 août 1874. En voici le résumé :

En mars 1870, un homme de 27 ans entrait dans le service de ce chirurgien, à l'hôpit Saint-Antoine, pour une fracture de l'humérus droit, non consolidée, qui datait de deux an Il était d'une complexion assez faible et avait eu la variole, la scarlatine, la fièvre typhoïde de fréquentes bronchites. Il raconta que, six ou sept ans auparavant, il avait éprouvé da l'épaule des douleurs vives qui disparurent par le repos, puis une espèce de paralysie membre correspondant.

En août 1868, il fit une chute d'un arbre (d'une hauteur de 7 pieds); mais, bien qu'il tombé sur ses pieds, il ressentit une douleur très-violente dans le bras droit. On consta une fracture de l'humérus. Dans sa chute, cet homme avait fait un effort énergique pour rattraper à une branche. Appareil dextriné, pendant deux mois, qui fut retiré sans trace consolidation. Cependant, essayant de reprendre son ouvrage, il put se livrer à des trava faciles, en maintenant son bras par des attelles et un bandage. Le membre avait repris de force et de sa grosseur, quand, en mars 1870, il essaya de soulever un poids lourd. Il re

tit immédiatement une douleur très-vive dans le bras, qui devint complétement impuissant. st dans cet état qu'il entra à Saint-Antoine.

On constata une pseudarthrose du bras (à l'union des deux cinquièmes supérieurs avec les is cinquièmes inférieurs), dont les fragments étaient fortement taillés en biseau. Atrophie bras droit. Du côté de la tête humérale, on sentait une tumeur dure, du volume d'une ande, située profondément, et d'autres tumeurs paraissant pédiculées et de consistance rtilagineuse, vers le point d'insertion du grand pectoral. M. Labbé, ne croyant pas à l'effica- é d'une immobilisation prolongée, voulut essayer la résection avec suture osseuse. Incision, ection des fragments avec difficulté; à ce moment, la plaie donne issue à un flot de uide séreux, trouble, jaunâtre, et contenant une grande quantité de caillots crémeux. — mme les os étaient friables, on fit une section qui remontait très-haut; mais on ne put pra- uer la suture. Pansement phéniqué. Gonflement et suppuration abondante. En mai, au ment où on faisait une injection phéniquée, on vit sortir deux ecchynocoques, de la gros- ur d'une bille; puis, les jours suivants, plusieurs autres poches semblables (une cinquantaine viron, les plus petites du volume d'une groseille à maquereau). De nombreux abcès se ma- festèrent (épaule, poitrine, etc.). Élimination de séquestres. Drainage des parois de la poi- ne et de l'épaule. Gonflement de l'avant-bras et de la main. On put surmonter les phéno- nes d'hecticité. En août, le malade était remis.

En mars 1871, bon état. La consolidation est complète. Il existe encore quelques fistules, fond desquelles on ne sent pas de dénudation osseuse. Injection de teinture de Villate compression.

En février 1873, le malade rentre à la Pitié. Il n'existe plus qu'un trajet fistuleux au niveau l'épaule. L'humérus était très-bien consolidé : il fut envoyé à Bicêtre en très-bon état.

Cette observation est remarquable d'abord par la consolidation des fragments seux, qui put être obtenue d'une façon complète, et par la longue durée des acci- nts de suppuration auxquels échappa le malade : il mit près de six ans à se réta- r. Je crois même que cet exemple est unique dans la science.

Diverses autres lésions inflammatoires des os peuvent aussi, mais beaucoup plus ement, s'accompagner de fractures spontanées : ainsi, dans les *Bullet. Acad. d.*, 1838-1839, page 569, nous voyons un fait du docteur Ganderax, dans lequel CARIE du fémur gauche, chez un homme de 48 ans, fut suivie de fracture spon- ée de cet os, puis de mort, sans aucune consolidation.

Nous venons de voir, à Saint-Louis, dans le service de M. Péan, un jeune garçon 16 ans affecté d'*ostéite avec nécrose* de la partie moyenne du fémur droit, très- bablement de nature scrofuleuse, et qui remonte à trois ans environ. Il y a deux , *en montant dans son lit*, et par conséquent sous l'influence d'une contraction sculaire assez minime, il se rompit le fémur malade vers le milieu. Un appareil appliqué, et au bout de cinq semaines, chose remarquable, *la fracture était par- ement consolidée*, malgré la suppuration, très-abondante alors, dont l'issue avait par les fistules. Les deux membres, actuellement, offrent une longueur iden-

tique, et il existe encore trois ou quatre trajets fistuleux par lesquels on ne sent p
cependant la présence d'un séquestre; toutefois, le fémur droit offre une circonf
rence plus étendue que celle du fémur gauche.

En 1863 (*Bull. de la Soc. de chir.*), M. Verneuil relatait le cas d'une femme
30 ans, atteinte d'OSTÉOMYÉLITE aiguë de l'humérus droit, et chez laquelle u
fracture spontanée, survenue à la suite d'abcès sous-périostiques et de nécro
prompte d'un segment de l'os, obligea à la désarticulation de l'épaule.

Les *Bulletins* de la même Société (1865) renferment un exemple de même natu
présenté par le docteur Azam (de Bordeaux), qui avait trait à une ostéomyél
suppurée du fémur, consécutive à une tumeur blanche du genou gauche, et qui
suivie de fracture au-dessous des trochanters, sans que le malade en eût presq
conscience. A ce propos, MM. Marjolin et Richet en rappelèrent plusieurs aut
cas; mais, je le répète, les faits de ce genre sont assez rares; car l'inflammation
périoste et de l'os a plus souvent pour effet, non pas de rendre le squelette pl
fragile, mais de produire, au contraire, un tissu éburné beaucoup plus dur q
l'ancien.

Les DIATHÈSES ont-elles une influence nettement accentuée sur la production
ces fractures? C'est là un point difficile à préciser, et nous croyons que bien d
faits invoqués à l'appui de cette assertion sont loin d'avoir la valeur que leur prête
leurs auteurs. La SCROFULE, par exemple, ne peut être admise, certainement, d'u
façon générale, comme une cause évidente de friabilité des os; quant au SCORBU
à la GOUTTE, à la SYPHILIS, ils ne doivent être mis en avant, comme cause prédis
sante, qu'avec une grande réserve, mais cependant avec un peu plus d'autorité,
on en juge par certains cas publiés dans la science, sur lesquels cependant il
permis d'élever plus d'un doute.

Leveillé (*Nouv. doct. chir.*, t. II), cite plusieurs faits en faveur du *scorbut*,
Bérard, dans le *Compendium*, dit que, sur une femme morte dans son service à
Salpêtrière, les os d'un des membres inférieurs, abreuvés de sang, se brisaient
moindre contact.

On se rappelle, d'autre part, le fait célèbre de Sarrazin (*Dict. en* 15 *vol.*, et Ma
gaigne), dans lequel un vieux goutteux se cassa l'humérus à sa partie inférieu
en *mettant ses gants*. Cette influence de la *goutte* nous a paru aussi très-marqu
eu égard à la facilité avec laquelle un malade actuel du service de M. Duplay
Saint-Antoine, s'est fracturé le col du fémur en faisant un simple faux pas.

Nous avons, enfin, observé récemment dans les salles de M. Tillaux, à Laribo
sière, un homme de 58 ans, employé, qui, dans le cours de sa vie, a été victime
DIX-SEPT fractures, dont plusieurs n'ont pas nécessité une violence bien consid
rable, et chez lequel il était impossible de mettre en doute l'existence d'une di
thèse goutteuse. La plupart des articulations phalangiennes des doigts étaient

ge de déformations caractéristiques, et chaque année, depuis quelque temps, il venait chez lui, du côté des pieds, un accès dont la durée variait de six semaines rois mois : il avait été traité par le colchique à haute dose. Voici quelle a été la ccession des fractures multiples chez cet homme :

1re fracture : Jambe droite; — à l'âge de 10 ans; — tombé à genoux.
2e — Clavicule; — à l'âge de 12 ans; — chute.
3e — Jambe droite; — à l'âge de 18 ans; — tombé, en jouant à saute-mouton, sur la jambe d'un camarade.
4e — Jambe droite; — à l'âge de 20 ans; — glisse sur le parquet.
5e — Jambe gauche; — à l'âge de 23 ans; — en se balançant, l'escarpolette frappe la jambe.
6e — Jambe gauche; — à l'âge de 28 ans; — coup de pied d'homme.
7e — Côte à gauche; — à l'âge de 32 ans; — en sautant d'un bateau à terre.
8e, 9e, 10e fractures : Côte à gauche; — de 32 à 37 ans; — chute sur dossier de chaise, sur traverse en bois.
1e fracture : Col du fémur droit; — à l'âge de 38 ans; — en sautant trois marches.
2e — Côte à droite; — à l'âge de 39 ans; — glisse, et sa béquille frappe le thorax.
3e — Bras gauche; — à l'âge de 43 ans; — coup de bâton donné en jouant par son frère.
4e — Col du fémur droit; — à l'âge de 48 ans; — pied ayant butté contre un pavé.
5e — Côte à gauche; — à l'âge de 50 ans; — chute.
6e — Jambe gauche; — à l'âge de 53 ans; — jambe prise entre les barreaux d'un escalier; — esquille mobile.
7e — Fémur gauche sous-trochantérien; — à l'âge de 58 ans; — chute dans un escalier. — C'est celle pour laquelle il est entré chez M. Tillaux.

Quant à la *syphilis*, elle nous paraît avoir été un peu trop souvent mise en jeu : que fois qu'une fracture spontanée se présente et ne peut être mise sur le compte ne production organique, on cherche chez le blessé s'il n'existe pas quelque ma-station de cette nature qui puisse être invoquée comme cause prédisposante; is il faut dire qu'à cet égard il n'est rien de bien positif, tant au point de vue de diathèse elle-même, qu'à celui de l'usage prolongé des préparations mercurielles quelles ont été soumis les malades. L'une des observations les plus probantes de cture spontanée attribuée à cette diathèse est celle de Robert (*Gaz. des hôp.*, 59), dans laquelle un homme de 50 ans, qui descendait paisiblement l'escalier ir se rendre à son travail, sentit un craquement dans la cuisse droite, et tomba ir ne plus se relever. La fracture se consolida. Ce chirurgien se crut en droit de e : « Que cette fracture spontanée était le résultat d'une lésion osseuse du fémur, *duite elle-même par la cachexie syphilitique.* » Et cela, chez un homme ayant eu, gt ans auparavant, *des chancres*, qui ne tardèrent pas à disparaître, et n'ayant

présenté ni accidents secondaires, ni tertiaires, ni syphilides, ni plaques muqueus ni douleurs ostéocopes. La validité de cette cause ne me semble pas aussi évider que ce chirurgien veut bien le dire.

Sans insister sur le RACHITISME et l'OSTÉOMALACIE (thèse de M. Bouley, 187 qui, en faisant subir aux os une altération de structure incontestable, sont les éta prédisposant le plus les membres aux fractures, sous l'influence de traumatism même extrêmement légers, nous désirons relater seulement un fait inédit que M. docteur M. Laugier a eu la bonté de nous communiquer, et qui provient de la c nique du professeur Laugier (9 mars 1864) :

X..., employé de commerce, âgé de 40 ans, pâle et d'aspect anémique, se plaignait dep quelque temps déjà de douleurs dans les cuisses et les jambes : il était, par cela mêm obligé de s'appuyer sur une canne; il tombe dans son escalier, et roule durant l'espace vingt-six marches sans pouvoir se retenir. Le professeur Laugier constate chez lui *quatre fra tures :*

1° Fracture des deux humérus, au niveau du col anatomique à droite, et un peu au dessous du col anatomique à gauche.

2° Fracture des deux fémurs (sous-trochantérienne à droite et à gauche).

Laugier attribua à l'*ostéomalacie* la facilité avec laquelle s'étaient produites, à la fois, c quatre fractures.

Un mot, maintenant, sur une cause qui a attiré récemment l'attention des prat ciens : je veux parler de l'ATAXIE.

Il y a quelques mois, nous avons observé, dans le service de M. Richet, à l'Hôte Dieu, un homme, jeune encore, ataxique depuis peu de mois, et qui, en *retirant botte* gauche, s'était fracturé le fémur de ce côté : ce malade avait présenté, quelq temps auparavant, des douleurs vives du côté des membres inférieurs et de la cei ture pelvienne.

A la même époque, il y avait dans les salles de M. Demarquay, à la Maison munic pale de santé, un homme d'une quarantaine d'années sur lequel M. Schwartz, inter du service, a bien voulu me donner quelques renseignements, et qui, atteint récen ment d'ataxie locomotrice, s'était fracturé le col du fémur spontanément, en *se retou nant dans son lit.* Ce fait est surtout remarquable par la consolidation complète q s'ensuivit au bout d'un mois, et qui fut obtenue par le repos seul, sans applicati d'aucun appareil. Dès le vingt-huitième jour de l'accident, le malade soulevait ass facilement son membre de la surface du lit.

M. Charcot a, du reste, l'année dernière, insisté, à la Société anatomique, sur production de ces traumatismes spontanés chez les ataxiques, principalement a commencement de la maladie. Chez une femme de son service (*Progrès médica* 1874), âgée de 57 ans, atteinte d'ataxie et ayant éprouvé des douleurs *fulgurante* longtemps auparavant, dans les membres pelviens, il s'était produit, à 32 ans, un

xation de la cuisse droite; à 45 ans, une luxation de la hanche gauche; à 50 ans, e fracture du fémur gauche (au moment où elle faisait un effort pour montrer 'elle pouvait embrasser son pied). Deux ans auparavant, il y avait eu fracture de vant-bras gauche sans cause appréciable, solution de l'avant-bras droit le mois ivant, puis luxation de l'épaule; en tout, trois luxations et trois fractures. Pour s dernières, la consolidation, comme chez la malade de M. Demarquay, eut lieu sez rapidement, et d'une façon complète.

A côté de ces exemples, nous pouvons en ranger trois autres que M. Larrey a mmuniqués à la Société de chirurgie en 1858, et à propos desquels ce chirurgien gnale la PARALYSIE des membres inférieurs comme une prédisposition toute partilière aux fractures du col du fémur, sous l'influence des causes même les plus ibles, et sans la coïncidence d'un âge avancé. Dans l'un de ces faits, ce fut en croint la cuisse droite sur la gauche que le malade sentit le fémur se rompre un peu -dessus de son tiers moyen; dans les deux derniers, c'était au moment où ces mmes avaient retiré leurs chaussures. La consolidation eut lieu, bien que tardiment : chez l'un d'eux, nous croyons qu'on avait plutôt affaire à des phénomènes ataxie. On comprend sans peine que, dans ces cas, l'*atrophie*, qui porte sur les os ssi bien que sur les autres tissus, rend compte, jusqu'à un certain point, de la cilité plus ou moins grande avec laquelle ces solutions de continuité ont tendance s'effectuer.

Enfin, on voit certaines de ces fractures se produire sans que la *fragilité* du uelette puisse trouver une explication plausible dans l'une des causes que nous nons d'énumérer; on en est réduit alors à des hypothèses telles que l'*ostéite parulière* ou *ostéite raréfiante* dont parle Malgaigne; ou bien encore l'*altération* ou *réfaction sénile prématurée*, que M. Gosselin a souvent invoquée dans ses cliques.

XXXI

Sommaire. — Sarcome mélanique de l'œil. Opération. Récidive dans l'orbite, nouvelle ablation. — Sa-come de la cavité orbitaire s'étant propagé à celle de l'autre côté par les fosses nasales. — Énorı hypertrophie des mamelles chez une jeune fille.

§ I. Sarcome mélanique de l'oeil gauche, récidivé. — En mars et mai 187, nous avons rapporté, dans deux de nos Revues, plusieurs cas de mélano-sarcon de l'œil et de ses dépendances, observés par nous à l'Hôtel-Dieu et à la Charit Dans l'un d'eux, entre autres (service de M. Richet), le mal avait débuté par caroncule droite chez un homme bien constitué, de 31 ans, et avait nécessité s opérations successives, par suite des récidives plus ou moins rapprochées auxquell il avait donné lieu : une dernière reproduction fut au-dessus de toute espèce de te tative chirurgicale; le malade quitta le service, et, très-probablement, il a succoml à l'heure actuelle.

Nous venons encore d'en observer, dans le même service de l'Hôtel-Dieu, un c analogue qui nous a confirmé, en raison de la prompte récidive du produit mo bide, dans cette opinion, malheureusement trop vraie, que ces sortes de tumeu portent en elles un caractère de la plus haute gravité.

Il s'agissait, cette fois, d'un homme de la campagne, fort et vigoureux, âgé 60 ans, qui fut opéré, le 12 août de l'année dernière, par M. Le Dentu, suppléant M. Richet, et dont l'opération a été relatée, au mois d'octobre de la même anné dans le *Journal d'ophthalmologie* de M. Galezowski : on avait eu affaire à un sarcon mélanique fasciculé du globe oculaire gauche qui avait présenté un développeme très-lent, avant de venir faire saillie entre les deux paupières, puisqu'il datait près de vingt-cinq années. A ce moment, le mal était exclusivement limité au bull oculaire et n'avait pas envahi les tissus périphériques, si bien que M. Le Dentu p en opérer l'*énucléation* avec la plus grande facilité, l'aponévrose orbitaire et l muscles étant restés intacts. Le nerf optique, qui, comme on le sait, est d'ordinai envahi promptement par ces sortes de néoplasmes, fut trouvé atrophié, mais sa infiltration fibro-plastique : la tumeur en question était un de ces mélano-sarcom décrits dans la thèse récente de M. L. Brière (*Étude clinique et anatomique sur sarcome de la choroïde et sur la mélanose intra-oculaire*, 1874), et qui débutent e général par la membrane choroïdienne.

A propos d'une observation de cette nature, que nous avons lue, en 1872, à la Société de médecine de Paris, nous avons fait remarquer que, à une époque avancée de la maladie, malgré la destruction de toutes les membranes et des milieux du globe oculaire par le néoplasme, *on retrouve toujours* dans ces exemples les éléments composant la *lamina fusca*, si reconnaissable, au microscope, à ses grandes cellules étoilées avec prolongements déliés.

Trois mois après l'ablation, ce mal, qui était resté à peu près stationnaire pendant si longtemps (vingt-cinq ans), récidivait sur place, et voici ce que nous avons pu observer, avant la seconde opération que vient de pratiquer M. Richet : Trois petites tumeurs bosselées occupaient la cavité de l'orbite privée de son globe oculaire, et repoussaient en avant la paupière supérieure, dont la face muqueuse adhérait en partie au néoplasme, près du bord glandulaire. De ces trois tumeurs, l'une, plus dure, mais élastique, de la grosseur d'une noisette, était située en dedans sur le sac lacrymo-nasal ; les deux autres, qui, par leur réunion, n'en formaient pour ainsi dire qu'une seule, étaient dures dans certains points, plus molles dans d'autres, et paraissaient mobiles sur le périoste sous-jacent ; de couleur rouge, elles ne présentaient aucun piqueté noirâtre à leur surface. La paupière inférieure semblait intacte. Il n'existait point de troubles du côté des centres nerveux encéphaliques ; quant aux ganglions parotidiens et cervicaux, ils n'étaient le siége d'aucune intumescence.

Un phénomène tout particulier qui attira notre attention, était une anesthésie complète de toute la peau du crâne où se distribuent les nerfs frontaux. Était-elle due à la première opération subie par le malade, et dans laquelle ces vaisseaux auraient été intéressés par l'instrument tranchant, ou bien devait-on l'attribuer à la propagation de l'affection récidivée, du côté de l'émergence des nerfs ? C'est là un point de diagnostic qu'il est assez difficile de préciser. Le mal ne s'étant reproduit que sur place, sans tendance bien marquée à la généralisation, et cet homme réclamant l'opération d'une façon pressante, M. Richet se décida à la lui pratiquer, tout en portant à son sujet le pronostic le plus fâcheux.

Opération.—Les deux paupières furent sacrifiées dans une incision circum-orbitaire qui permit d'enlever avec le bistouri, en détachant le périoste de la cavité, la plus grande partie du néoplasme ; mais on s'aperçut bientôt que, d'une part, la tumeur envoyait un prolongement dans le canal lacrymal, et que, d'autre part, il existait, sur la paroi supérieure de l'orbite, trois petites fossettes dans lesquelles le sarcome s'était en quelque sorte incrusté : une flèche de pâte au chlorure de zinc fut enfoncée dans la fosse nasale, et, tout le squelette orbitaire ayant été ruginé, on en tapissa les parois avec cette même pâte.

Lorsque nous avons revu ce malade, l'escharre consécutive à l'application du caustique s'était détachée et avait laissé une surface granuleuse qui suppurait ;

aucun accident n'était survenu, et le malade, assis sur son lit, nous disait qu'il ne souffrait pas plus des suites de l'opération que de son œil sain : ce dernier, du reste, n'avait été le siége d'aucune inflammation, d'aucune irritation sympathique. Il s'est plaint, cependant, à nous d'un nouveau phénomène qui, bien que léger en apparence, ne nous semble pas moins avoir une grande importance, si on réfléchit aux deux graves opérations qu'il vient de subir, je veux parler de *douleurs* vives et persistantes du côté du genou et de la cuisse gauches : le malade les attribue simplement au rhumatisme, et nous espérons qu'il ne se trompe pas dans son diagnostic; quant au nôtre, il doit être beaucoup plus réservé; car nous n'ignorons pas que le début des *ostéo-sarcomes* se fait par des douleurs dites rhumatoïdes, dont on doit toujours se méfier, surtout quand elles se présentent chez un malade en proie à une récidive de tumeur maligne.

A propos du *sarcome choroïdien*, mais à son début, M. Perrin vient d'attirer l'attention de la Société de chirurgie sur la grande valeur d'un nouveau signe ophthalmoscopique qui a été noté, du reste, dans la thèse de M. Brière (*loc. cit.*); je veux parler d'un *piqueté* ou d'un *réseau vasculaire* bien différent du réseau vasculaire de la rétine, analogue, jusqu'à un certain temps, à la disposition des vaisseaux de l'encéphale, et qui se trouve en un point localisé de la rétine. Ce symptôme, que M. Perrin vient d'observer sur deux de ses malades, dont l'un a été opéré, et que M. Panas a également constaté chez un autre, serait à lui seul bien meilleur que la réunion des autres phénomènes (tension du globe oculaire, réflexion glaucomatique, perte de la vision complète, etc.), et on pourrait presque le considérer comme véritablement pathognomonique du sarcome de la choroïde : inutile de dire qu'au niveau de ce *piqueté* l'observateur a la conscience d'un relief tout autour duquel la rétine se trouve irrégulièrement décollée.

§ II. Sarcome orbitaire droit propagé d'un côté a l'autre par les fosses nasales. — Le cas suivant, que nous avons vu dans le service de M. Broca, à l'hôpital des Cliniques, offre surtout de l'intérêt au point de vue de l'évolution de la maladie; car, on le comprendra sans peine, il était au-dessus de toute tentative opératoire.

Il s'agissait d'un homme de 42 ans, ayant présenté, au mois de juillet 1874, une tumeur située derrière la paupière droite, qui fut, dit le malade, ponctionnée, donna issue à un peu de liqueur sanguinolente et suppura quelque temps; bientôt survint une exophthalmie droite et la perte complète de la vision de ce côté. Des hémorrhagies nasales et buccales se manifestèrent à plusieurs reprises, et à l'exorbitis droit, qui s'accentua davantage, vint s'ajouter au bout de quelques mois une légère propulsion en avant du globule oculaire gauche, dont les fonctions, cependant, sont encore conservées, au moins en grande partie. Une tuméfaction, de forme pyramidale, existant au niveau de la région des sinus frontaux, mais sans tension, sans

douleur ni dureté anormale, pouvait laisser supposer que le mal s'était porté de la cavité orbitaire droite jusque dans celle du côté gauche, par la cavité crânienne, comme on a pu l'observer dans un certain nombre de cas; mais l'absence de phénomènes encéphaliques, la conservation des fonctions de l'œil gauche (preuve de l'intégrité du chiasma), les hémorrhagies nasales et la perte complète de l'odorat depuis trois ou quatre mois, ont porté M. Broca à croire que la communication s'était effectuée à travers les fosses nasales. Dans une clinique, qui avait pour objet le malade en question, ce professeur a discuté, non pas le fait de propagation d'une cavité à l'autre, qui ne pouvait laisser aucun doute, mais la nature du produit morbide auquel on avait affaire. C'était seulement entre les deux variétés suivantes : *cancer proprement dit*, et *tumeur sarcomateuse ou fibro-plastique*, que le diagnostic devait être établi. Dans la première hypothèse (cancer), comme généralement la marche du produit est rapide, ce dernier aurait dû certainement gagner ou au moins englober le bulbe oculaire; or, nous l'avons dit, il est sain et ses mouvements sont conservés; de plus, il n'existe aucun engorgement ganglionnaire. Deux éléments en faveur de la deuxième variété étaient, d'abord, la fréquence reconnue bien plus grande, dans l'orbite, de la tumeur fibro-plastique (l'expérience l'a démontrée depuis longtemps), les vrais exemples d'encéphaloïde débutant par le globe oculaire et s'observant chez des sujets plus jeunes; ensuite, le mode du début de l'affection, qui a été *un kyste* : or, on sait bien aujourd'hui combien est fréquente la coïncidence de masses fibro-plastiques avec ces poches kystiques, qu'elles soient primitives (kystes proligères malins), comme le veut Paget, ou qu'elles ne se développent que consécutivement au produit solide.

A ce propos, M. Broca a rappelé un autre fait de *kyste* de l'orbite, du volume d'une grosse noix, qui avait résisté à la ponction suivie de suppuration et à la cautérisation : il en fit l'extirpation, et la dissection montra qu'on avait affaire à un *kyste végétant* (kyste malin, tumeur fibro-plastique kystique). Quatre mois après l'opération, il se développait dans l'intérieur de l'orbite une tumeur sarcomateuse énorme qui abolissait la vision et envahissait la cavité crânienne; dans ce cas, l'olfaction avait été conservée.

Dans l'exemple rapporté plus haut, aucune opération ne pouvant être tentée, ce fut plutôt pour contenter le malade, que dans un but de thérapeutique efficace, qu'on administra les préparations iodurées et de ciguë; car nous ne devons accepter qu'avec une très-grande réserve les cas de guérison de sarcome par l'emploi de l'*arsenic* qui viennent d'être rapportés dans plusieurs feuilles anglaises.

§ III. ÉNORME HYPERTROPHIE DES MAMELLES CHEZ UNE JEUNE FILLE. — L'hypertrophie totale des mamelles est une affection assez rare; cependant nous la trouvons consignée dans quelques-uns de nos auteurs classiques, et on en rencontre plusieurs observations, principalement dans les journaux étrangers. Le professeur

J. E. Erichsen (*The science and art of Surgery*, t. II, p. 474, 1872) dit, en parlant de l'hypertrophie simple de la mamelle, qu'elle est assez souvent liée à une névralgie rebelle de cet organe : il représente, dans son ouvrage, la figure d'une énorme mamelle, pour laquelle une jeune fille de 15 ans était venue le consulter, et il ajoute : « Dans certains exemples, le poids de la mamelle, après la mort, a été de plus « de vingt livres : dans un cas, la masse enlevée chez une femme d'environ 30 ans « ne pesait pas moins de douze livres, et était composée de tous les éléments de la « glande, grandement hypertrophiés. Dans ces cas, l'hypertrophie affecte les deux « mamelles, bien que l'une soit ordinairement plus développée que l'autre. Au « début, la mamelle conserve sa forme normale, bien qu'elle augmente en volume; « mais, à mesure qu'elle grossit, elle se projette en avant, s'approprie, en l'attirant « à elle, la peau des épaules, celle des parois de la poitrine et même celle du dos, « et vient pendre en bas jusqu'à atteindre les genoux, comme dans le cas mentionné « par Bérard. »

Quoi qu'il en soit, il n'est pas très-fréquent de voir cette hypertrophie arriver à un développepent tel, qu'elle nécessite une intervention chirurgicale. C'est un cas de ce genre que nous venons d'observer dans le service de M. Richet, à l'Hôtel-Dieu, chez une jeune fille, domestique de 16 ans, d'un embonpoint fort modéré, mais dont la santé générale ne laissait rien à désirer. Chez elle, l'hypertrophie était double, fait habituel, comme le dit Erichsen, mais plus prononcée à droite qu'à gauche, et elle avait débuté il y a deux ans environ. Tout d'abord, les deux seins avaient acquis un développement uniforme, mais ils étaient très-fermes et globuleux, ne faisant en avant qu'une saillie plus prononcée : un fait physiologique intéressant, et qui prouve une fois de plus la corrélation, admise depuis longtemps par quelques auteurs, entre la glande mammaire et les organes génitaux internes, est la coïncidence, chez cette jeune fille, il y a quelques mois, de la suppression des règles et de l'augmentation des seins. Les préparations iodiques, *intus et extra*, furent prescrites et suivies par elle pendant des mois, mais sans aucune diminution; au contraire, les seins, qui jusque-là étaient restés globuleux, eurent tendance à tomber par leur propre poids et à se pédiculiser peu à peu. Actuellement, ce pédicule est situé à 0,05^{c} au-dessous de la partie inférieure de la clavicule, et la circonférence du sein droit a au moins 0,40. centimètres. La distance qui sépare le mamelon de la fourchette sternale est de 0,36 centimètres. Ces dimensions sont un peu moindres pour le côté gauche. Cette jeune fille réclamant une opération, M. Richet lui enleva, il y a trois semaines, le *sein droit seulement ;* aujourd'hui, la plaie suppure encore; mais la guérison, s'il ne survient pas d'accident, ne se fera certainement pas longtemps attendre. L'examen histologique de cette pièce a montré l'hypertrophie de l'élément glandulaire, mais principalement celle du tissu fibreux de la mamelle.

A propos de cette affection, qui semble être plus fréquente aux Indes, en Amé-

rique et en Angleterre qu'en France, sir A. Cooper rapporte l'observation d'une jeune fille de 15 ans, dont la mamelle pyriforme pédiculée se prolongeait jusque sur l'abdomen et avait 23 pouces et demi de circonférence. MM. Chassaignac et Richelot, dans leur traduction des œuvres de ce chirurgien, en citent un autre cas, dans lequel la mamelle descendait jusqu'aux genoux et pesait trente livres, et en ont encore ajouté onze faits analogues. Dans la thèse de M. Saccaza (1867), on trouve l'observation d'une femme qu'un chirurgien américain (Dawnson) refusa d'opérer. La malade succomba, étouffée par le poids de cette double masse, qui pesait 61 livres pour l'une, 47 livres pour l'autre. On y lit aussi le fait de Huston, signalé par Velpeau, dans son remarquable article des TUMEURS DE LA MAMELLE (*Dict. en* 30 *vol.*, p. 53), d'une négresse chez laquelle les seins avaient pris un développement énorme : un coup porté sur l'un d'eux donna lieu à un ulcère, à la gangrène et à la mort. La mamelle gauche, qui pesait 20 livres, avait 42 pouces de circonférence. Le contour de l'autre ne donnait que 34 pouces pour un poids de 12 livres.

On peut en trouver bien d'autres exemples dans l'excellente thèse que M. Labarraque, ancien interne des hôpitaux, vient tout récemment de soutenir sur ce sujet à la Faculté.

Quant à l'ablation, elle n'est, bien entendu, indiquée, comme le dit Erichsen, que lorsque l'hypertrophie est par trop développée et constitue un fardeau insupportable dont les malades désirent impérieusement être débarrassées.

XXXII

SOMMAIRE. — Morsure du bras droit par la bouche d'un cheval, paralysie traumatique du nerf radial. — Contusion profonde du talon par compression. — Quelques mots sur les fractures de cuisse chez les enfants.

I. MORSURE DU BRAS DROIT PAR LA BOUCHE D'UN CHEVAL, PARALYSIE TRAUMATIQUE DU NERF RADIAL. — Il y a deux ans (22 février 1873), nous rapportions, dans une de nos Revues de l'UNION MÉDICALE, un *cas de morsure de cheval au niveau du bras droit*, *suivie de paralysie traumatique du radial.* Cette observation trouve, en quelque sorte, son pendant dans un autre fait, presque identique et survenu dans les mêmes conditions, que nous venons de voir dans le service de M. Tillaux, à l'hôpital Lariboisière. Même traumatisme, mêmes phénomènes primitifs, mêmes troubles consécutifs dans ces deux exemples, qui sembleraient en quelque sorte calqués l'un sur l'autre.

Un garçon de 20 ans entre dans le service de ce chirurgien pour une impotence de l'avant-bras et de la main, du côté droit. Il y a trente-neuf jours, le bras de ce côté fut mordu, ou plutôt pincé vigoureusement à la partie antérieure, *mais non secoué*, par les dents d'un cheval : du poing gauche, ce jeune homme repoussa fortement l'animal, qui lâcha prise; mais il avait éprouvé, au moment du traumatisme, une douleur très-vive, et il s'aperçut *sur-le-champ* que l'avant-bras et la main ne fonctionnaient plus comme d'habitude. Cependant, les plaies produites par les dents de l'animal étaient de médiocre importance et se cicatrisèrent rapidement; à peine en voit-on les traces actuellement. Mais le membre ne recouvrait pas ses mouvements, ce qui l'engagea à consulter plusieurs médecins, qui se bornèrent à prescrire des frictions, que le malade a dû réitérer bien souvent, car elles ont laissé sur la face externe de l'avant-bras des stigmates qui prouvent leur énergie et leur persistance, et qui sont beaucoup plus apparents que ceux laissés par le traumatisme lui-même.

L'examen que nous avons fait de ce malade nous révéla quelques légères cicatrices existant, les unes à la région antéro-externe du biceps, les autres en arrière du triceps, et nous fit voir que tout le segment inférieur du membre thoracique droit était sensiblement *atrophié :* cette différence aurait pu s'expliquer par un usage plus fréquent du membre gauche; mais ce jeune homme nous affirma qu'il n'était pas

auchcr. La diminution de volume portait surtout sur les masses charnues de la égion postéro-externe de l'avant-bras. A ce niveau, en effet, il était facile de constater, par la palpation, que les muscles avaient perdu non-seulement de leur volume, nais encore de leur consistance, de leur tension; ils étaient notablement plus flasques; de plus, leurs fonctions étaient abolies, et cette paralysie affectait plus spécialement les muscles court et long supinateurs, le cubital postérieur et l'abducteur du pouce, les extenseurs des doigts et du pouce; l'avant-bras se trouvait en pronation, et la main pendante en flexion ne pouvait être ramenée spontanément en extension; les électrodes appliqués sur chacun d'eux ne déterminaient aucune contraction. Ces altérations de fonctions sont dues évidemment à une *lésion du nerf radial* (les dents de l'animal ayant porté en dehors, sur le point d'émergence de ce nerf, hors de la gouttière radiale). Un seul muscle avait échappé à la paralysie et se contractait énergiquement dans le mouvement de l'avant-bras : c'était l'anconé, qui reçoit, comme on sait, son innervation d'un long filet, allant en même temps se distribuer au muscle vaste-externe et prenant naissance au-dessus de la gouttière de torsion.

Quant à la sensibilité, elle était en grande partie conservée, quoique légèrement obtuse. La persistance de cette sensibilité est-elle une preuve irréfutable que le tronc nerveux n'a pas subi une section complète et qu'il a été seulement contus? Nous ne le croyons pas, car les recherches de M. Paulet (UN. MÉD., 1868, *Études sur les suites immédiates ou éloignées des lésions traumatiques des nerfs*) et les expériences de MM. Arloing et L. Tripier (*Rech. sur la sensibilité des téguments et des nerfs de la main*, ARCH. DE PHYSIOL., 1869) ont démontré que les nerfs du membre supérieur peuvent se suppléer mutuellement et que, par conséquent, la conservation du tronc nerveux n'est pas indispensable à celle de la sensibilité. Il nous est donc difficile d'affirmer si, chez cet homme, le nerf radial a été détruit en totalité ou en partie, ou simplement contus. Ce que nous savons est qu'il a été intéressé, et que cette lésion a suffi à l'atrophie et à la paralysie des masses charnues où il va se distribuer. Le pronostic d'un semblable traumatisme est évidemment très-grave au point de vue fonctionnel du membre; mais cependant tout ne nous semble pas désespéré, car il peut se produire une régénération nouvelle autour du cylindre-axe persistant dans un laps de temps que la physiologie expérimentale fixe de trois à quatre mois; or, chez ce malade, la blessure ne date que de trente-neuf jours. Mais, en admettant la possibilité de ce retour des fonctions du nerf, elle ne servirait pas à grand'chose si le muscle lui-même avait perdu sa contractilité propre, ce qui, malheureusement, paraît exister chez notre malade. Il faut donc à tout prix s'efforcer de *réveiller et d'entretenir cette contractilité* en répétant l'application de l'électricité et en employant principalement les courants faibles, mais continus.

II. CONTUSION PROFONDE DU TALON PAR COMPRESSION. — M. Desprès, à l'hôpital

Cochin, vient d'attirer l'attention des élèves sur une affection douloureuse du talon, encore bien obscure dans sa nature intime, et particulière à ceux dont la profession réclame, soit des marches forcées, soit plutôt une station verticale trop prolongée. Il l'a observée trois fois, et toujours chèz des *gardiens de la paix.*

L'un d'eux, garçon de taille moyenne et de constitution assez délicate, entre à l'hôpital, il y a deux ans, pour des douleurs persistantes du talon droit, mais seulement quand cette partie du corps reposait sur le sol depuis un certain temps : à l'examen il n'y a aucune apparence extérieure de lésion; la pression à la paume de la main ne détermine pas de souffrance; mais un doigt venant à appuyer fortement sur le milieu du talon, réveille immédiatement une sensibilité anormale. *C'est là le seul symptôme.* Le repos l'améliore; il quitte l'hôpital et reprend son service de gardien de la paix. Au bout d'un mois, les douleurs recommencent; il rentre une seconde fois dans le service; le repos suffit encore à l'améliorer : il sort; mais, après six mois de travail, l'autre talon se prend, ce qui oblige cet homme à changer de profession.

Un second malade, gardien de la paix également, présente les mêmes phénomènes et entre, il y a quelque temps, à Cochin. C'est encore le talon droit qui est le siége des douleurs : le repos finit par les calmer, et cet homme peut se remettre au travail en portant une semelle en caoutchouc.

Un troisième gardien de la paix, de 40 ans (c'est celui que nous avons vu dans la salle de M. Desprès), se plaint, depuis six semaines, de douleurs très-vives du talon gauche : il continue cependant son métier; mais les souffrances deviennent si intenses, qu'il est obligé de suspendre son service; le repos l'améliore en peu de temps.

Quelle est donc la nature de cette affection singulière, où l'élément douleur est le seul symptôme appréciable et ne se manifeste spécialement que lors d'une station verticale trop continue ? M. Desprès croit pouvoir la rapporter (mais ce n'est guère là qu'une appréciation hypothétique) à une *contusion profonde du talon par compression*, variété de contusion sur laquelle Velpeau a appelé l'attention dans sa thèse de concours, mais dont les lésions, dans le cas en question, ne sont pas aussi apparentes que dans les autres formes. Cette contusion ne siége ni dans la peau, dont l'intégrité est parfaite, ni sur le périoste; car alors il y aurait périostose et, par suite, gonflement appréciable : *elle porte exclusivement sur le coussinet graisseux* situé au-dessous du derme; ce tissu adipeux, qui ne ressemble pas à celui des autres régions, car il est beaucoup plus dense, se tasse et subit une lésion moléculaire, point de départ de tous les désordres.

Une cause prédisposante de ce mal est l'amincissement du talon et la sudation abondante des extrémités, peut-être aussi les inégalités raboteuses du sol sur lequel on repose. Un dernier phénomène important à mentionner est que cette affection ne se

montre à la fois que sur un seul pied, comme d'autres maladies, telles que le valgus, par exemple : pour quelle raison ? Parce que, si l'on reste longtemps debout, on se penche alternativement sur l'une et sur l'autre jambe, et que, par habitude, il en est une qui travaille ou supporte le poids du corps plus que sa congénère; en un mot, il est très-possible que l'on soit *droitier* ou *gaucher* des jambes, absolument comme on l'est des mains; c'est là une explication dont nous laissons, bien entendu, l'entière responsabilité au chirurgien de Cochin, car elle ne nous semble pas surabondamment prouvée; elle n'est encore qu'à l'état d'hypothèse. Quelle qu'en soit l'explication, le fait n'en persiste pas moins, et il est bon à noter et à étudier. Nous avions déjà la *crampe des écrivains, celle des employés de télégraphes*, etc.; nous avons aujourd'hui, grâce à M. Desprès, la *maladie des gardiens de la paix* (1).

III. Quelques mots sur les fractures de cuisse chez les enfants. — De toutes les fractures qui s'observent chez les enfants, celles de la cuisse sont de beaucoup les plus fréquentes. Il en existe actuellement (avril 1875), dans le service de M. de Saint-Germain, à l'hôpital des Enfants malades, plusieurs variétés qui ont permis à ce chirurgien d'exposer, dans une de ses leçons cliniques, diverses considérations ayant trait, soit au mode de traitement qu'il met le plus souvent en usage, soit aux accidents consécutifs que l'on peut voir survenir en pareille circonstance.

La fracture du col est rare dans l'enfance; c'est principalement la partie moyenne de la cuisse qui est le siége habituel de la solution de continuité, et, d'ordinaire, elle se brise par un choc direct, par une chute; car, ici, la contraction musculaire n'est pas assez puissante pour en être la cause déterminante. En général, il n'existe que peu de déplacement, par les deux raisons que le trait de la fracture est plutôt transversal et dentelé qu'oblique, et que la gaîne périostale est conservée en partie ou en totalité; aussi voit-on ces fractures se consolider sans aucune déformation, sans raccourcissement, ce qui est l'exception dans l'âge adulte.

Au point de vue de la thérapeutique applicable à ces fractures, nous pouvons diviser les enfants en trois catégories distinctes : 1° les demi-adultes, c'est-à-dire les enfants de 10 ans et au-dessus; 2° ceux de 2 à 10 ans; 3° enfin, ceux au-dessous de 2 ans.

Dans le premier groupe, M. de Saint-Germain applique le mode de traitement dont il se sert chez l'adulte (appareil de Scultet, appareil plâtré ou silicaté).

Il a observé plusieurs fois en pareil cas, chez les enfants, ce symptôme ou plutôt cette

(1) Depuis que cet article a été rédigé, une thèse ayant pour titre : *Essai sur la contusion chronique du talon* a été soutenue à la Faculté par M. J. Fabre. Les faits qu'elle contient méritent certainement d'être pris en considération, mais ils sont bien loin d'être assez nombreux et assez concluants pour qu'on puisse accepter sans réserve cette nouvelle variété nosologique.

complication qui a été décrite par M. Berger, dans sa thèse inaugurale, je veux parler de l'hydarthrose du genou. Il existe encore dans son service une grande jeune fille de 14 ans dont la fracture de cuisse a guéri sans le moindre raccourcissement, mais dont la marche restait sensiblement entravée par la persistance d'une hydarthrose qui ne put s'améliorer qu'avec la plus grande difficulté : teinture d'iode, vésicatoire, compression ouatée furent insuffisants; aussi, fut-on obligé d'en venir à l'application de pointes de feu, suivie d'une nouvelle compression ouatée. M. de Saint-Germain n'a pas grande confiance dans les ponctions, même aspiratrices, qu'on a faites en assez grande quantité dans ces derniers temps, depuis qu'il a été obligé de pratiquer une amputation de cuisse pour une arthrite suppurée, survenue dans son service à la suite d'une de ces ponctions pratiquée dans une hydarthrose. Nous sommes, à cet égard, entièrement de son avis, et nous croyons que semblable thérapeutique ne peut s'appliquer que dans les cas où l'épanchement rebelle a résisté à tous les autres moyens et, en particulier, à la compression, et lorsque l'articulation s'accompagne d'épaississement des membranes; en un mot, d'altérations qui autorisent à faire usage de ce moyen, en désespoir de cause. L'exemple que M. Dubrueil a communiqué, il y a deux ans, à la Société de chirurgie, n'est pas de nature, en effet, à accorder à ces sortes de ponctions une innocuité absolue. Mieux vaut s'abstenir.

Dans la seconde catégorie (de 2 à 10 ans), l'emploi du *store*, pour le traitement des fractures chez les enfants, a été en quelque sorte vulgarisé par M. Giraldès. C'est, du reste, un bon moyen, commode, économique et très-efficace : plusieurs compresses longuettes entourant le membre après réduction, on l'immobilise, soit avec deux valves de store, soit avec une longue plaque de même nature qui en fait deux fois le tour; le tout est fixé par une bande silicatée. Toutefois, cet appareil est passible de quelques reproches : *si on le serre trop peu*, il se relâche, surtout à cause des mouvements que fait le petit malade, et on finit par le retrouver au pied du lit; le déplacement peut alors se reproduire, et le traitement est à recommencer.

D'autre part, si on le serre trop, il survient des accidents, et la flexion incessante de la jambe (s'il s'agit d'une fracture de cuisse) sur le bord tranchant du store peut déterminer à la longue une eschare dans le creux poplité, comme nous en avons vu un cas dans le même service; aussi M. de St-Germain a-t-il dû modifier l'ensemble de l'appareil. Il commence par l'appliquer tel qu'il vient d'être décrit, et il enveloppe ensuite la jambe et la cuisse par une couche de ouate, maintenue à l'aide de tours de bande; puis il augmente encore l'immobilisation du membre par l'adjonction, en dehors, de la grande attelle (employée dans la coxalgie) qui longe toute la face externe de la cuisse et remonte au-dessus du bassin; de cette façon, le petit malade se trouvant dans l'impossibilité de s'asseoir, ne fléchit ni la jambe ni la cuisse, et reste couché dans l'immobilité la plus absolue.

Dans le troisième groupe, c'est-à-dire chez les très-jeunes enfants, les appareils récédents ne sont guère commodes à appliquer, à cause de la grande difficulté u'il y a à les maintenir dans un état de propreté suffisant; aussi, c'est dans ces s surtout que l'*appareil en gutta-percha*, imaginé par M. Guéniot et présenté par i à la Société de chirurgie, peut rendre des services. Il se compose de deux gout-ères dont l'une, *abdominale*, est destinée, en prenant son point d'appui sur le entre, à recouvrir les deux tiers antérieurs de la circonférence du tronc, et dont autre, *crurale*, qui est unie à la première à angle au niveau du pli de l'aine, ntoure les deux tiers supérieurs de la moitié antéro-externe de la cuisse.

Quant aux fractures chez les nouveau-nés, une valve de store, ou plutôt une mple carte à jouer ou carte de visite, suffit pour maintenir les fragments en place.

Dans le même service, nous avons vu également une fracture de cuisse qui s'est erminée par *pseudarthrose*, ce qui est assez rare dans l'enfance. M. de Saint-Germain se propose de la traiter par le galvano-cautère : deux aiguilles seront enfon-ées au centre de la fausse articulation et rougiront sur place.

XXIII

Sommaire. — Fractures insolites de l'extrémité inférieure du radius. — Luxation des quatre derniers métacarpiens en avant. — Fistule anale, emploi du galvano-cautère. — Bec-de-lièvre, opération par emboîtement des lambeaux.

1° Fractures insolites de l'extrémité inférieure du radius. — Peu de fractures ont plus attiré l'attention des chirurgiens que celle de l'extrémité inférieure du radius. Les remarquables travaux des Dupuytren, des Malgaigne, des Velpeau, de M. Voillemier laissent peu de chose à ajouter à leur histoire clinique, et cependant, si on prenait soin de rassembler tous les faits de cette nature, sans exception, qui s'offrent à nous dans les hôpitaux et de les comparer minutieusement ensemble, on verrait qu'il n'en est pas deux qui se ressemblent à tous égards, tant au point de vue du mécanisme qui a produit la solution de continuité qu'à celui de la variété anatomo-pathologique à laquelle on a affaire.

Nous savons, d'une part, qu'il est très-rare que cette lésion soit le résultat d'une *violence* agissant d'une façon directe sur la partie inférieure de l'avant-bras. Dans la majorité des cas, en effet, elle se produit par le choc de la paume de la main sur le sol, le blessé étendant instinctivement, dans sa chute, les bras en avant : nous venons de voir cependant, dans le service de M. L. Labbé, à la Pitié, un homme chez lequel cette fracture avait reconnu pour cause une violence extérieure directe; il était tombé sur le dos, avait croisé l'avant-bras gauche sur sa poitrine, et c'est dans cette situation que le talon de la botte d'un camarade était venu directement lui briser la partie inférieure de l'os. Une circonstance particulière qui eût pu, chez cet homme, sans un interrogatoire approfondi, donner le change au chirurgien, était qu'il avait été victime quelques années auparavant d'une première fracture de la partie inférieure de la diaphyse du radius, ayant laissé sur l'avant-bras une déformation persistante.

D'autre part, la forme anatomique la plus commune, le *type*, pour ainsi dire, de ces sortes de solutions de continuité, est la variété dite *par pénétration*, dans laquelle les deux fragments s'enfoncent réciproquement dans les deux sens antéro-postérieur et transversal et qui correspond neuf fois sur dix à cette étiologie, chute sur la paume de la main. Or, nous voyons quelquefois cette lésion du squelette avoir lieu à la suite d'une chute sur la face dorsale. Eh bien, c'est généralement

dans ces cas que la forme anatomique et clinique offre certaines différences si on la compare à la précédente. C'est dans un fait de cette nature, observé par nous dans le service de M. Broca à l'hôpital des Cliniques, et dont nous voulons dire un mot, que nous avons retrouvé un exemple de fracture de l'extrémité inférieure du radius, insolite au point de vue de son mécanisme et surtout de sa symptomatologie.

Un rémouleur de 47 ans, peut-être en état d'ébriété, est poussé involontairement par un de ses amis et tombe le bras droit en avant; mais il affirme de lui-même, et sans qu'on ait besoin de le presser à cet égard, que c'est la face dorsale de la main qui, dans sa chute, a porté sur le sol. Au moment du traumatisme, il n'a ressenti ni douleur tres-vive ni craquement osseux; la seule chose dont il s'est plaint fut de ne plus pouvoir porter la main dans l'extension. Ce qui frappe tout d'abord est une augmentation du diamètre dorso-palmaire du poignet, mais on ne retrouve pas dans la déformation cette disposition en dos de fourchette signalée par Velpeau. L'articulation radio-carpienne était saine et ses mouvements non douloureux, mais si on prenait entre les mains la partie inférieure du radius, il était facile de constater une *mobilité anormale* très-prononcée, visible pour les assistants et se passant environ à trois travers de doigt (c'est-à-dire plus haut que dans la fracture ordinaire) au-dessus de l'interligne articulaire (1); de plus, nous avons pu percevoir la *crépitation* à diverses reprises; il existait donc chez ce malade deux symptômes que les auteurs ne mentionnent que pour en signaler l'absence, dont l'explication se trouve aisément dans l'enclavement des fragments et leur pénétration. Chez ce blessé, en effet, il n'y avait pas eu enfoncement réciproque des fragments, par ce fait que dans la chute sur la face dorsale la solution de continuité s'était produite *par arrachement*. Il n'existait pas non plus d'inclinaison latérale de la main, l'apophyse styloïde du cubitus et le ligament latéral interne n'ayant été le siége d'aucun traumatisme. La petite dépression remarquée sur la face dorsale du radius s'expliquait, du reste, facilement par un léger écartement des deux fragments qui s'étaient inclinés du côté de l'os sain. La réduction n'étant pas nécessaire pour corriger une déformation, pour ainsi dire nulle, on se borna à attendre pendant quelques jours que le gonflement des tissus sous-cutanés ait disparu pour appliquer un appareil de contention simple, de façon à immobiliser l'avant-bras.

2° Luxation en avant des quatre derniers métacarpiens. — A propos des luxations carpo-métacarpiennes traumatiques, nos auteurs classiques se contentent de dire, toutefois sans faits à l'appui, que les métacarpiens peuvent se luxer iso-

(1) Cette mobilité anormale, qui est un phénomène assez rare dans cette variété de fracture, vient d'être encore observée par nous, dans le service de M. Duplay, que nous remplaçons à l'hôpital Saint-Antoine, chez un homme atteint de fracture de l'extrémité inférieure du radius gauche avec *coup de hache*, très-accusée de la région externe du poignet.

lément ou réunis sur le carpe, mais que ces exemples sont exceptionnels. C'est donc la théorie plutôt que l'observation clinique qui les guide dans cette manière de se prononcer. Malgaigne cite trois observations de luxation isolée, l'une du deuxième métacarpien en avant, due à M. Bourguet, les deux autres du troisième en arrière, qui ont été vues par Blandin et M. J. Roux. M. B. Anger, dans son *Traité iconographique des maladies chirurgicales*, p. 212, dit : « Nous savons que la luxation « des deux derniers métacarpiens sur le dos de l'os crochu a été observée, il y a un « an, à l'hôpital Saint-Louis. Le blessé était tombé de haut et avait reçu des chocs « multiples sur des échafaudages qui étaient placés par degrés. La luxation fut « facilement réduite. »

Le seul exemple connu où les quatre derniers métacarpiens se soient luxés sur le carpe, est celui qui a été présenté en 1856 à la Société anatomique par M. Vigourous, et qui provenait du service de M. Gosselin. Il s'agissait d'un vieillard de 63 ans, mort dans le service de ce professeur d'une affection des voies urinaires, et à l'autopsie duquel on trouva par hasard une ancienne luxation des quatre métacarpiens de la main gauche en arrière, qui provenait d'une vieille blessure par arme à feu; dans ce cas, les doigts correspondants étaient semi-luxés en arrière.

Nous ne connaissons que cet exemple où tous les métacarpiens aient été luxés sur le carpe; cependant M. Erichsen (*The science and art of Surgery*, t. I) reproduit une figure qu'il dit provenir de University college Museum, pris sur un malade de l'hôpital qui présentait, *pense-t-il*, une luxation de cette nature; dans ce cas, la main était rejetée en avant et raccourcie, les os du carpe formaient, sur la face dorsale des métacarpiens, une saillie convexe et arrondie, si différente de la forme concave des surfaces articulaires radio-cubitales, *qu'il ne lui semble pas y avoir de doute sur la nature de ce traumatisme.*

La luxation des quatre derniers métacarpiens dont nous venons d'être témoin à l'hôpital Lariboisière (1), dans le service de M. Tillaux, est donc un fait très-rare sinon unique dans la science et digne d'être mentionné. Elle était *incomplète* et s'était produite chez un homme de 28 ans qui avait fait une chute, et dont la face dorsale de la main gauche avait porté violemment par terre, en même temps que l'avant-bras était reporté en arrière et pris entre le sol et le tronc. Le gonflement et la déformation étaient peu prononcés. Du côté de la face dorsale de la main on sentait une saillie attenant au radius et qui était constituée par le carpe; en avant de cette saillie il n'existait pas, à proprement parler, de dépression; mais, à ce niveau, les téguments étaient facilement *dépressibles*, et les doigts du chirurgien, en refoulant la peau, arrivaient dans un creux léger, puis sur la tête des quatre derniers métacarpiens déplacés en avant. Du côté du talon de la main,

(1) Ce fait a été observé au mois de mai de cette année 1875.

dont le diamètre antéro-postérieur était un peu accru, il n'existait pas de saillie bien marquée. Quant au poignet, il était facile de lui imprimer ses mouvements normaux qui n'occasionnaient aucune douleur; la réduction s'effectuait facilement, mais le déplacement, dès qu'on lâchait, se reproduisait immédiatement; deux attelles (dorsale et palmaire) suffirent à maintenir les métacarpiens en place.

3° Fistule anale. Emploi du galvano-cautère. — Y a-t-il contre-indication à opérer une fistule anale chez un individu en proie à la tuberculisation pulmonaire? Nous ne le pensons pas, et l'opinion que nous avons entendu professer encore il y a une quinzaine d'années par un de nos maîtres, et qui consistait à croire que la cicatrisation d'une fistule chez un phthisique est susceptible de faire évoluer la tuberculisation; cette opinion, essentiellement théorique, n'est plus guère en vigueur aujourd'hui. La plupart des chirurgiens, et M. Broca est du nombre, opèrent les fistules chez les personnes atteintes de phthisie pulmonaire; quelques-uns même vont jusqu'à penser que cette affection, bien loin d'être une contre-indication, exige, au contraire, une intervention impérieuse.

Depuis quelque temps, nous voyons, dans la thérapeutique de cette affection, revivre la *ligature*, « procédé tellement mauvais, dit un auteur, que tous les chirurgiens sérieux y ont renoncé » (Dict. encyclop. des sc. médic.); mais ce n'est plus le fil ordinaire ou le fil de plomb que l'on emploie cette fois, c'est la *ligature élastique* qui est actuellement préconisée, tant en Angleterre qu'en Amérique. Cette méthode, qui a donné depuis quelque temps et qui donne encore des succès, a certainement le grand avantage d'être exsangue et, le plus souvent, inoffensive, mais elle est très-douloureuse et d'une lenteur excessive; elle nécessite de temps en temps le resserrement du fil, ce qui n'a pas lieu sans causer des douleurs vives au malade, et peut, par conséquent, l'exposer à des accidents nerveux d'une certaine gravité; enfin, elle a l'inconvénient de sectionner purement le trajet en laissant dans tout son parcours les tissus indurés et les fongosités de mauvaise nature, qu'il est parfois si indispensable d'exciser.

Les *caustiques* sont aujourd'hui abandonnés, et peut-être d'une façon trop absolue : chez les personnes pusillanimes, ou chez d'autres pour lesquelles il y a intérêt d'éviter l'écoulement de sang, suite de l'incision, on retirerait parfois avantage de l'emploi des cautérisations répétées. Il y a quelques années, M. Am. Forget fut appelé par mon père auprès d'un négociant affecté d'une fistule anale remontant à une hauteur considérable; ce dernier refusant l'opération sanglante, le chirurgien résolut de tenter la cautérisation : il fit fondre une petite quantité de nitrate d'argent dans la rigole d'une sonde cannelée, et cautérisa le trajet dans toute sa longueur et sur tous les points de la surface interne, en faisant éprouver des mouvements de rotation au porte-caustique. Ce badigeonnage, ou plutôt ce *ramonage* au nitrate d'argent fut renouvelé plusieurs fois, et la guérison eut lieu.

Mais le mode de traitement le plus souvent mis en usage aujourd'hui dans nos hôpitaux est l'incision simple ou suivie de l'excision des bords indurés, des tissus fongueux avec cautérisations au fer rouge de la surface cruentée, comme nous en avons été témoin bien des fois dans les services de MM. Verneuil, Duplay, Léon Labbé, etc.

Nous avons vu, d'autre part, M. Broca employer tout récemment, à l'hôpital des Cliniques, le *galvano-cautère,* non plus dans le but de cautériser seulement, comme le fait M. Tavignot, mais pour sectionner le trajet fistuleux complétement. Ne pas couper trop rapidement, brûler lentement les tissus de dedans en dehors pour éviter l'hémorrhagie et obtenir une eschare tapissant la plaie, tels sont les principes qui le guident dans l'application de ce procédé. Voici comment il opère : un stylet introduit dans la fistule est mis en communication par l'une de ses extrémités avec un des pôles de la pile; puis le chirurgien, saisissant le fil de l'autre pôle, vient toucher d'une façon intermittente, pour éviter la section trop brusque du pont fistuleux, l'extrémité du stylet restée libre. De cette façon, le conducteur métallique rougit quand le courant passe, se refroidit quand ce dernier est interrompu, et agit sans donner issue à une goutte de sang et en déterminant une eschare protectrice dont la chute, au bout de quelques jours, laisse une plaie qui ne tarde pas à se cicatriser. M. Broca, dans l'opération que nous lui avons vu pratiquer, n'a pas jugé à propos d'employer l'anesthésie; cependant, ces cautérisations *à petit coup* sont extrêmement douloureuses; le trajet met un laps de temps encore assez long avant de se sectionner, et nous croyons que c'est là une méthode qu'il serait difficile d'appliquer d'une façon générale sans le secours du chloroforme.

4° BEC-DE-LIÈVRE (GUEULE-DE-LOUP); OPÉRATION PAR EMBOÎTEMENT DES LAMBEAUX. — M. Cusco vient d'opérer, à l'Hôtel-Dieu, un bec-de-lièvre compliqué, par un procédé ingénieux imaginé par lui, non décrit dans nos livres classiques, et qui consiste à multiplier les points de contact des surfaces cruentées, de façon à obtenir une réunion plus complète, plus rapide, et un résultat aussi satisfaisant que possible au point de vue de la conformation de la nouvelle lèvre. De plus, cette opération s'est accompagnée ultérieurement de diverses circonstances que je veux rappeler, car elles ajoutent encore à l'intérêt de ce fait de chirurgie restauratrice.

Il s'agissait d'une jeune fille de 21 ans, qui présentait cette déformation hideuse connue sous le nom de *gueule-de-loup*. M. Cusco conserva le lobule médian pour refaire une sous-cloison, puis, pour reconstruire la lèvre, tailla et sutura les lambeaux de la façon suivante :

Il sculpta, aux dépens des deux lèvres de la solution de continuité, à gauche et à droite, comme dans la méthode de Clémot, un petit lambeau, en incisant de dedans en dehors. De plus, il prit soin d'aviver celui du côté gauche, suivant tout son bord inféro-interne; abaissant alors celui du côté droit, dont le bord inférieur n'avait pas

avivé, comme le précédent, il enchâssa la totalité du lambeau gauche dans la face cruentée laissée libre et béante par l'abaissement du droit, et réunit partie supérieure par deux points de suture et par deux autres la partie horizon-, de façon à avoir un *emboîtement réciproque* de ces deux lambeaux. Un linge mpé dans de l'eau de sureau et passant en moustache suffit à exercer une légère npression sur les tissus.

Quarante-huit heures après l'opération, un érysipèle de la face se déclara et fit urellement craindre une désunion des lambeaux; mais, chose curieuse, cette re supérieure reconstituée fut complétement épargnée : l'érysipèle débuta par la e et la région massétérine du côté gauche, gagna la partie postérieure de la tête, le tour du crâne, et vint s'éteindre sur le nez, en respectant toute la zone de la ;ion qui avait été le siége de l'opération.

Lorsque nous avons vu la malade, il y a plus de trois mois, toute trace d'érysipèle ait disparu, la réunion des lambeaux était presque complète : une double cicatrice éaire, dont une portion verticale et l'autre horizontale, était seule visible; vasement de la narine gauche n'existait plus; le lobule médian était en partie onstitué, et tout faisait prévoir un succès qui s'est confirmé, comme je m'en s assuré tout récemment.

XXIV

Sommaire. — Quelques mots sur les traumatismes du coude chez les enfants. — Luxations du coude de l'épaule récentes, facilité de leur réduction.

§ I. Traumatismes divers produits chez les enfants par la chute sur coude. — Deux enfants, l'un de 7, l'autre de 2 ans, qui nous ont été amenés à consultation de l'Hôtel-Dieu, où nous remplaçons M. A. Guérin, nous fournisse l'occasion d'insister sur les réserves que l'on doit apporter, chez eux, dans le di gnostic des affections traumatiques du coude, et sur l'inutilité, je dirais même danger des explorations intempestives, qui n'ont d'autre but, à notre avis, qu'u curiosité blâmable. Le premier avait une fracture de l'épitrochlée du côté gauch accompagnée d'une forte contusion; le second, une fracture intra-articulaire pr bable du coude gauche, datant de quelques jours. Chez l'un comme chez l'autre traitement que nous avons institué a été le même : application d'un appareil in movible (bande plâtrée en hélice) sur le membre maintenu en demi-flexion; com presses résolutives.

En effet, dans le diagnostic de ces traumatismes, la seule chose dont le chirurgie doive s'assurer entièrement est l'absence de luxation du coude ou de fracture l'olécrâne (et encore certains chefs de service traitent même cette dernière lésio par la demi-flexion); une fois ce point bien établi, le traitement doit être identiqu qu'on ait affaire à une forte contusion ou à une fracture de l'épidoncyle, de l'ép trochlée ou du coude. Pourquoi se livrer alors à des recherches minutieuses vouloir se prononcer d'une façon positive sur la nature de la lésion osseuse? ca ces explorations sont loin d'être inoffensives. — D'abord, vous pouvez achever un solution de continuité qui n'était qu'incomplète; de plus, nous savons que le périost chez les enfants, par suite de sa grande épaisseur, a l'avantage de maintenir parfo les fragments en place : pourquoi donc s'exposer, sans aucun profit pour le pet malade, outre la douleur très-vive que vous déterminez chez lui, à déchirer les lam beaux de périoste intacts et à exagérer le déplacement des extrémités osseuses rom pues, puisque votre exploration doit toujours avoir pour résultat le même mode d traitement? C'est, je le répète, se donner la satisfaction d'un diagnostic de pur curiosité, dont tout chirurgien prudent doit s'abstenir; et le doute, en ce cas, vau bien mieux que la certitude. — Du reste, peu à peu, les doutes s'évanouiront, et, a

ut de quelques jours, quand les premiers accidents inflammatoires auront disparu, and le gonflement indispensable à une forte contusion sera calmé, la fracture, s'il en a une, viendra se révéler d'elle-même, et presque sans que vous vous donniez peine de la rechercher, au moment où vous jugerez opportun d'appliquer un appa-il. Ce dernier devra être fenêtré, pour que le chirurgien, tout en immobilisant la nture, puisse surveiller le lieu du traumatisme. C'est pour cette raison que je ois qu'on utilisera avec avantage, en cette circonstance, les attelles plâtrées ou icatées, plus particulièrement disposées en spirale, qui vous permettront de faire, ndant les premiers jours qui suivent l'accident, diverses applications (cataplasmes, mpresses résolutives, etc.), et d'instituer, s'il y a lieu, un traitement antiphlogis-ue local ayant pour but, surtout si les enfants présentent un vice de constitution, prévenir la formation d'arthrite et de tumeur blanche, terminaison toujours à aindre, chez ces petits malades, à la suite de traumatismes graves de l'articulation 1 coude.

§ II. De l'extrême facilité de réduction dans les luxations du coude et de épaule de date très-récente. — L'application de la multitude de procédés crits dans nos ouvrages qui traitent de ces luxations ne convient évidemment 'à des déplacements remontant déjà à un certain nombre de jours, de mois, ou e année même; et, si le chirurgien avait toujours le bonheur de se trouver aux ises avec des luxations ne datant à peine que de quelques heures, comme cela vient nous arriver au Bureau central et à l'hôpital Saint-Antoine, sa tâche serait rendue en facile et les résultats obtenus par lui meilleurs; malheureusement, il n'en est s toujours ainsi. Quoi qu'il en soit, s'il y a certainement un grand avantage à con-itre les difficultés, parfois insurmontables, que l'on éprouve à réduire ces luxa-ns, il n'est pas non plus dépourvu d'intérêt de savoir quels sont les cas où la duction s'opère avec une facilité vraiment remarquable. En voici deux exemples : a. Une femme de 33 ans, montée sur un escabeau pour nettoyer les carreaux une fenêtre, tombe sur le coude droit et, *une heure après*, se présente à la consul-tion de l'hôpital Saint-Antoine, soutenant le membre malade avec la main du côté posé, et paraissant souffrir beaucoup. « Il n'est peut-être pas de luxation, dit Mal-gaigne, pour laquelle j'aie vu commettre autant d'erreurs que pour celle de l'avant-bras en arrière. » Boyer, d'autre part, signale longuement la fréquence des méprises pareil cas. Mais il y a là une distinction à faire : évidemment, ces erreurs ne se oduisent que lorsque le déplacement est de date plus ou moins ancienne. Chez la mme qui s'est présentée à nous, il n'existait pas le moindre gonflement tendant à ssimuler les saillies osseuses, et tous les symptômes propres à la *luxation du ude* (incomplète) en arrière étaient aussi accentués que possible; nous n'avons s besoin de les énumérer; nous ne mentionnerons seulement qu'une espèce de *pitation fine* produite par les mouvements imprimés à l'avant-bras, et qui, à la

très-grande rigueur, aurait pu en imposer pour une fracture. La luxation s'était p duite chez elle par une chute sur le coude, l'avant-bras étant légèrement fléch frappant sur son bord interne. A cet égard, la malade donnait des détails tr précis.

Si le diagnostic fut facile et porté pour ainsi dire à distance, la réduction ne fut pas moins : une simpe traction, l'aide faisant la contre-extension au niveau bras, permit aux surfaces articulaires de *glisser* et de reprendre leur position p pendiculaire, avec un *bruit caractéristique.*

b. La cause la plus habituelle des *luxations de l'épaule* (sous-coracoïdiennes) e comme on sait, une chute soit sur la paume de la main, soit sur le coude, tout membre étant porté en même temps dans l'abduction. Telle n'est pourtant pas ce qui a produit le déplacement articulaire chez un homme de 40 ans que nous avo observé à la consultation du Bureau central. Dans une dispute, son bras gauche saisi avec violence par un autre individu qui cherchait à le jeter à terre, et po brusquement dans l'élévation forcée pendant qu'il faisait des efforts répétés pour dégager. *Dix ou douze heures après l'accident*, il se présentait à nous, avec tous signes d'une luxation sous-coracoïdienne complète; l'ecchymose de la face anté externe du bras était très-considérable. Le malade étant peu fortement musclé, no voulûmes essayer, séance tenante, la réduction sans l'usage du chloroforme : nous fîmes asseoir sur un tabouret très-bas, et l'infirmier, maintenant le tronc immob à l'aide des deux mains appliquées sur la partie externe du thorax, nous pûm sans trop de difficulté, la réduire par la méthode de Lacour : je commençai par sou ver le bras horizontalement, puis je le portai graduellement dans la rotation exterr en l'élevant un peu et en exerçant sur lui une certaine traction; dans ce prem mouvement, je cherchai à lasser les muscles; puis, détournant subitement l'attenti du malade par quelques paroles que je rendais brusques avec intention, je bais le coude en produisant la rotation interne; à la troisième reprise, les surfaces ar laires étaient remises en place. — Cette méthode d'intimidation ne pourrait guère ê employée, je l'avoue, dans la clientèle de la ville, surtout si, après la tentative, avait le malheur d'échouer; mais nous l'avons vu cependant mettre en usage, à Pitié, par Michon, et souvent avec succès; toutefois, il n'allait pas, comme Dupu tren, jusqu'à appliquer sur les joues du malade des claques accompagnées d'inju grossières, dans le but de le distraire et de lui faire oublier, au moment de coaptation, de contracter ses muscles de l'épaule, ce qui est, comme nous le savo tous, le principal obstacle à la réduction de ces déplacements articulaires.

Tout le traitement des luxations ne consiste pas toutefois, selon nous, dans réduction seule, et les soins consécutifs entrent pour une certaine part dans la gu rison de ces traumatismes. Un principe auquel nous avons été initié, il y a d bien des années, par notre savant et prudent maître, Michon, est le suivant : Da

luxation, il se fait, tout le monde en convient, des déchirures profondes, euses, tendineuses, musculaires; on a donc affaire à une lésion sous-cutanée, st vrai, c'est-à-dire bien moins grave qu'une plaie exposée, mais enfin à une tion de continuité dont on doit aider le plus possible la cicatrisation : or, vous ouvez arriver à ce résultat qu'en plaçant le membre dans l'*immobilisation* pen-t quelques jours, au bout desquels il y a indication à provoquer, au contraire, mouvements dans l'articulation pour éviter le développement de l'arthrite sèche, équente à la suite de ces traumatismes. C'est la marche que nous avons suivie r l'un et l'autre malades dont nous venons de rapporter brièvement l'histoire.

XXV

SOMMAIRE. — Fibrome fessier et intra-pelvien énorme adhérent au coccyx chez un homme ; prolong[ement] supérieur dans la concavité du sacrum ; aplatissement du rectum ; grande facilité d'énucléat[ion] de la masse entière.

La variété de FIBROME si souvent adhérent à un des points du squelette, soit [au] cou (apophyses épineuses ou transverses du rachis), soit au thorax (côtes, om[o]plate), soit à la ceinture pelvienne, n'est bien connue que depuis que les trava[ux] de Nélaton et d'Huguier ont permis d'en tracer la pathogénie et l'histoire cliniqu[e]. De plus, celles de ces tumeurs qui se développent au niveau du bassin, affecte[nt] surtout comme siége l'épine iliaque antéro-supérieure, la crête de l'os des îles, l[es] fosses iliaques dont le tissu fibreux et le périoste en sont généralement le point [de] départ.

Dans la séance du 22 août 1860, Huguier rapportait à la Société de chirurg[ie] quatre exemples de ces *tumeurs fibreuses pelviennes*, et, d'autre part, Nélat[on] (*Gazette des hôpitaux*, 1862) prenait à tâche de les caractériser davantage en l[es] dénommant : *espèce particulière de tumeurs auxquelles on peut donner le nom [de] tumeurs fibreuses de la fosse iliaque*, et faisait remarquer dans ses cliniques qu[e] jusqu'à présent, c'était exclusivement *chez la femme* qu'elles avaient été observée[s]. Il est, en effet, infiniment plus rare de voir ces masses pelviennes se développ[er] chez l'homme et surtout prendre naissance au *niveau du coccyx*, comme no[us] venons de le rencontrer sur un malade du service de M. Tillaux à Lariboisière, ch[ez] lequel l'énucléation a pu s'effectuer d'une façon remarquable, grâce à son peu d'adh[é]rence avec les tissus ambiants, ce qui est, comme on le sait, le propre de ce[s] tumeurs qui ont bien plutôt tendance à l'enkystement.

OBSERVATION. — Cet homme, vigoureux et trapu, de 47 ans, avait vu ou plutôt senti s[e] développer, il y a plus de vingt ans, dans la fesse du côté droit et en dedans de l'ischion une petite tumeur dure, indolente d'abord, qui n'avait déterminé chez lui aucun trouble fonc[-] tionnel. Peu à peu cette tumeur prit du volume, occasionna une gêne très-marquée lorsqu[e] le malade se plaçait dans la station assise, puis détermina des souffrances vives qui, prise[s] pour une sciatique, l'engagèrent à entrer dans un service de médecine. Ces douleurs se cal[-] mèrent, mais comme cet homme se plaignait en même temps de difficultés pour aller à l[a] selle, et qu'il était naturel de les rapporter à la présence de la tumeur fessière, on le fit passe[r]

hirurgie dans le service de M. Tillaux, où nous avons pu l'examiner quelques jours avant ration qu'il vient de subir.

constatait à l'extérieur et à la pointe de la fesse droite, entre la tubérosité de l'ischion nus, une tumeur apparente à la vue, de la forme et de la grosseur d'une tête d'enfant à e, et qui, déplissant les plis de l'anus à droite, rejetait un peu à gauche l'orifice intes-. Cette tumeur était dure, mais avec un certain degré d'élasticité, régulière, sans aucune rence aux téguments, indolente et jouissant d'un peu de mobilité latérale. Le toucher l fit reconnaître que cette masse n'était pas seulement sous-cutanée, mais que, remplis-une grande partie de la concavité du sacrum, elle repoussait en avant et à gauche la i postérieure du rectum, dont le calibre était, par conséquent, singulièrement rétréci. is quelque temps, en effet, il existait chez cet homme des troubles marqués du côté de éfécation, et, pour peu que les matières fussent solides, elles ne passaient que *rubanées* ne dans une filière, ou cannelées comme un *rail de chemin de fer.*

uelle était la limite supérieure de cette tumeur? Il était bien difficile de la préciser, car le t, poussé le plus haut possible dans la cavité rectale, n'en atteignait pas la partie culmi-e. Cependant, comme le palper hypogastrique n'en révélait aucunement la présence dans le bassin, il était permis de préjuger que cette masse ne remontait pas trop haut, et comme tre part les troubles de la défécation s'accentuaient davantage, M. Tillaux jugea qu'il it intervenir promptement. Les signes physiques de la tumeur, l'absence complète de nomènes constitutionnels avaient fait, du reste, diagnostiquer une tumeur bénigne, de re fibreuse, adhérente sans doute, comme le fait est habituel, sur un point du squelette, ablement le coccyx, et tendant à aplatir l'une contre l'autre les deux faces du rectum.

oici les principaux temps de l'opération telle qu'elle a été effectuée mercredi dernier nov. 1875) :

malade étant anesthésié et mis dans la position de la taille, le couteau galvanique permit écouvrir la tumeur et sans effusion de sang, par deux incisions en T renversé, dont l'une ait transversalement sur le point le plus saillant de la masse, et dont l'autre, verticale et endiculaire à l'extrémité interne de la première, mesurait l'espace compris entre l'anus, intéressé cependant, et le coccyx. Les deux lambeaux furent rapidement disséqués, soit par outeau galvanique, soit avec les doigts. On reconnut alors que le néoplasme occupait la avité du sacrum (le doigt ne pouvait passer entre la tumeur et la symphyse pubienne) et érait par un pédicule assez étroit à la partie latérale droite et à la face antérieure du cyx; aussi, sans s'inquiéter de sa limite supérieure, M. Tillaux chercha-t-il, soit avec les gts, soit avec les ciseaux, soit avec le bistouri boutonné, à séparer la production morbide connexions intimes qu'elle présentait, sur différents points, avec le tissu musculaire et out le tissu fibreux, puis il coupa son pédicule coccygien avec de gros ciseaux courbes. branlant alors cette masse énorme et achevant son énucléation, il sentit qu'elle était mo-, exerça en bas des tractions assez fortes sur toute sa partie accessible, et l'amena en tota-à l'extérieur ; l'*accouchement*, car c'en était un véritable, fut alors terminé et le rectum rit sa place. Comme le chirurgien s'était principalement servi des doigts pour dégager la ieur et déchirer ses adhérences, l'écoulement de sang, pendant le cours de l'opération et me au moment de l'issue du produit tout entier, ne fut que très-peu abondant ; on ne fut igé de faire ni ligature, ni torsion d'artère. Le pansement consista à bourrer modérément

de charpie la partie inférieure de la cavité restante, et à rapprocher les bords des lambea par quelques points de sutures métalliques. L'opération avait à peine duré vingt-cinq minut

Nous avons revu le malade huit jours après : il allait bien, une large application de sangsu sur le ventre avait triomphé de quelques douleurs péritonéales ; la cavité correspondant : lobe fessier suppurait, et tout faisait supposer une terminaison heureuse (1).

Au point de vue *clinique* et *thérapeutique*, le bel exemple que nous venons rapporter nous offre divers enseignements sur lesquels nous tenons à insister d'un façon particulière.

Et d'abord, le siége de la tumeur et les rapports intimes qu'elle affectait avec dernière portion du gros intestin, suffisaient largement à expliquer la nécessi urgente d'une intervention chirurgicale; car, en raison de l'accroissement rapid de la masse, il était permis de supposer que le passage des matières fécales, entravé déjà, puisque ces dernières étaient rubanées ou cannelées, se serait com plétement fermé dans un laps de temps plus ou moins long, ce qui n'aurait pa manqué d'exiger l'établissement d'un anus contre nature.

Une seule considération pouvait arrêter, jusqu'à un certain point, la main d chirurgien : c'était l'impossibilité d'atteindre la limite supérieure du mal, et l crainte bien légitime d'intéresser le cul-de-sac péritonéal jusqu'où il s'élevait pro bablement : eh bien, le diagnostic de la nature bénigne et fibreuse de cette mass d'une part, établi par la lenteur de sa marche et l'absence de retentissement sur l constitution ainsi que sur le département lymphatique; d'autre part, grâce au caractères physiques (mobilité, dureté, élasticité, etc.), ce diagnostic, dis-je, levai à lui seul les doutes qui pouvaient encore exister sur le succès immédiat de l'opé- ration. Nous savons, en effet, que, quelle que soit la longue durée de ces tumeurs quel que soit leur volume, elles n'ont pas généralement de tendance à envahir le tissus environnants pour leur adhérer et faire corps avec eux : l'anatomie patholo- gique nous a démontré, au contraire, que, s'enveloppant de tissu conjonctif, parfoi d'un véritable sac séreux, elles s'isolent, s'enkystent en quelque sorte, et sont sus- ceptibles, pourvu qu'on leur ouvre une large porte à l'extérieur, d'être enlevées sans trop de peine.

Ce sont là des connaissances anatomiques du plus haut intérêt (car elles touchent de très-près la thérapeutique) et que M. Tillaux avait bien présentes à l'esprit, pui qu'il n'a pas hésité un seul instant à entreprendre une opération qu'il a menée à bonne fin, malgré les difficultés qu'elle semblait offrir au premier abord : nous devons dire qu'il a réussi au delà de toute espérance; car, bien que l'on eût cons- taté une certaine mobilité de la masse au niveau de son prolongement fessier, seul accessible à la vue et au toucher, il était complétement impossible d'affirmer

(1) Le malade est sorti de l'hôpital, complétement guéri.

l'absence de connexions multiples avec l'ischion, le coccyx, le sacrum, etc., en effet, si elles respectent les tissus mous, comme je viens de le dire, et ne contractent aucune adhérence bien intime avec eux, nous savons, par contre, que ces tumeurs émanent souvent des os ou plutôt du périoste, et font pour ainsi dire corps avec le squelette, dont il est alors très-difficile de les séparer. Par bonheur, chez ce malade, il n'existait qu'un *pédicule coccygien* assez étroit, ce qui a singulièrement facilité l'extirpation.

Une chose également très-bonne à noter est l'extrême simplicité de l'appareil instrumental dont s'est servi M. Tillaux : un bistouri droit, un autre boutonné, de forts ciseaux, voilà tout. Nous regrettons presque qu'il ait jugé indispensable d'employer le galvano-cautère pour pratiquer la section des téguments et disséquer un peu la périphérie de la tumeur; car une ou deux cuillerées de sang perdu, chez un homme aussi vigoureux que l'était ce malade, ne l'exposaient certes à aucun accident sérieux : qui sait même si cette saignée locale n'est point parfois utile aux opérés?

Une fois la tumeur mise à nu, et après la dissection rapide des lambeaux, ce qui a particulièrement servi en cette circonstance au chirurgien pour énucléer la masse, c'est-à-dire pour la séparer du rectum et des quelques adhérences solides qu'elle avait contractées avec les tissus fibreux, c'est l'usage de doigts intelligents, vigoureux et infatigables, qui ont certes remplacé avec avantage, dans cette manœuvre laborieuse, les instruments les plus parfaits. Ces adhérences rompues, comme le gros prolongement supérieur sous-péritonéal était entouré d'une véritable gaîne séreuse, l'*accouchement* de cette masse énorme s'est effectué sans difficulté. Dans ce dernier temps de l'opération, un petit forceps, analogue à celui que M. Richet a imaginé pour l'extirpation des polypes naso-pharyngiens, aurait pu trouver ici son utile application.

Terminons maintenant par l'exposé de quelques-uns des *caractères anatomo-pathologiques* de la tumeur qui vient d'être présentée tout récemment à la Société de chirurgie :

Cette masse énorme mesurait, dans sa longueur, 27 centimètres, et était composée d'un gros lobe (supérieur, sous-péritonéal) lisse et à surface séreuse, régulièrement arrondi, et d'un lobe inférieur (fessier sous-cutané) encore plus volumineux, mais moins régulier, surtout en dedans, où plusieurs lobes secondaires, séparés par des sillons, la constituaient par la juxtaposition de leurs bases. A la réunion de ces deux portions se trouvait une espèce de collet, concave en dedans (véritable hile), où l'on voyait la section du pédicule étroit qui la fixait au coccyx.

La surface de section de la tumeur montre un feutrage blanc grisâtre de tissu fibreux peu vasculaire, dont les éléments sont disposés, en plusieurs points, d'une manière concentrique, ce qui fait ressembler ces départements à de petits fibromes utérins. Dans d'autres endroits, ces couches sont imbriquées les unes sur les autres,

comme les éléments des disques intervertébraux. Évidemment, la majeure partie de la masse était représentée par du tissu fibreux : l'examen histologique a permis d'y reconnaître aussi des éléments *sarcomateux.*

De plus, le raclage de la coupe laissait suinter une assez grande quantité de liquide, bien différent cependant du suc cancéreux décrit par Cruveilhier : il était blanc, transparent, visqueux, et provenait de certaines parties du néoplasme où la substance fondamentale et les cellules avaient subi la *transformation muqueuse.* On voyait, en effet, dans plusieurs endroits de la coupe, des kystes à parois molles, plissées et transparentes, dont la section avait laissé échapper un liquide muqueux, filant et très-légèrement opalin : c'est ce mucus qui, pénétrant dans la substance intercellulaire, avait amené la destruction plus ou moins complète des éléments et provoqué la formation de cavités kystiques, et c'est lui que l'instrument tranchant ramenait par le raclage : on avait donc affaire, en ce cas, non-seulement à une tumeur fibreuse, mais à un *fibrome myxomateux*, pour employer l'expression de Virchow.

XXVI

Sommaire. — Luxation phalango-phalangettienne du gros orteil droit de cause traumatique.

Parmi les luxations du gros orteil, celles qui tiennent au déplacement de la deuxième phalange sur la première sont assurément de beaucoup les plus rares, puisque Malgaigne n'en cite, dans son traité, que deux exemples auxquels Nélaton ajoute un troisième qui appartient au docteur Vivier. Le premier est dû à M. Broca (la cause avait été un coup de pied lancé à un chien), et, dans les deux autres, on avait affaire à des luxations compliquées de plaies, par suite de la violence considérable qui avait présidé à leur formation.

Nous venons d'observer dans le service de M. Désormeaux, que nous remplaçons actuellement à l'hôpital Necker, un traumatisme de ce genre qui, par sa rareté et par la grande facilité avec laquelle j'ai obtenu la réduction, m'a paru digne d'un certain intérêt.

Un chauffeur de 48 ans, vigoureusement constitué, en transportant une barre de fer très-lourde, la laissa tomber sur l'extrémité du pied droit qui, au moment de la marche, se trouvait porté en avant; la douleur fut très-vive; toutefois, cet homme ne perdit pas connaissance; il sentit sur-le-champ que le bout de son gros orteil était comme *relevé* dans son soulier, mais il n'en rentra pas moins à pied chez lui, et put même venir le lendemain à la consultation de Necker, où nous l'avons reçu. Voici quels étaient les principaux symptômes ne pouvant, du reste, laisser aucun doute sur le diagnostic de la lésion.

En raison de la date récente du traumatisme, il n'existait que très-peu de gonflement; ce qui frappait tout d'abord, outre l'*ecchymose* siégeant au côté externe de l'article, était la *déformation* de la partie antérieure du gros orteil, qui était redressé et immobile. L'exploration nous fit reconnaître immédiatement, sur la face dorsale, une *dépression* peu accentuée, en avant de laquelle se trouvait une petite *saillie anguleuse* constituée par le rebord supérieur de la surface articulaire phalangettienne, tandis que la tête de la première phalange proéminait du côté de la région plantaire.

Le diagnostic était facile, nous avions affaire évidemment à une *luxation en haut de la deuxième phalange* du gros orteil sur la première, et comme, d'autre part, la saillie observée sur la face dorsale était assez peu accusée, nous pouvions affirmer

que la luxation était incomplète ; de plus, nous avons constaté, toujours sur la face dorsale, un symptôme que je serais presque tenté de regarder comme pathognomonique de cette variété de déplacement, et que je ne trouve pas mentionné dans le cas de M. Broca, seul des trois faits connus où la luxation n'ait pas été accompagnée de plaie, je veux parler d'un *pli cutané* très-profond, dirigé obliquement en dedans et en arrière; c'était en avant de ce pli, résultant du passage de la tête de la première phalange en avant et de la flexion forcée de la deuxième, que l'on sentait le rebord de la surface articulaire de la phalangette. Le mécanisme, suivant lequel s'était produit le déplacement, est facile à comprendre : c'est pendant la marche, c'est-à-dire au moment où la deuxième phalange du gros orteil est encore légèrement fléchie sur la première, que la barre de fer, en tombant lourdement sur le bout du pied, a directement forcé la tête de cette première phalange à passer en avant, pendant que la contraction brusque du fléchisseur propre maintenait la phalangette dans sa position relevée.

Quant à la réduction, elle s'effectua avec la plus grande facilité, et c'est peut-être là une des raisons pour lesquelles nous observons si rarement cette variété de luxation qui peut, à l'exemple de certains déplacements de la rotule, disparaître spontanément par les seuls efforts du blessé ou par les pressions qu'il exerce de lui-même. Il a suffi, dans le cas présent, d'appuyer les deux pouces sur la saillie dorsale et de la repousser en bas et en avant, pour voir et sentir les surfaces articulaires reprendre leur position accoutumée; au même instant, le pli cutané, sur lequel j'ai appelé l'attention, disparut complétement. Au bout de quelques jours d'immobilisation prolongée de l'articulation, à l'aide d'une petite gouttière en gutta-percha, le malade sortait de l'hôpital, entièrement rétabli.

XXVII

Sommaire. — 1° Extirpation d'une tumeur de la vessie. — 2° Lithotomie pratiquée deux fois sur le même sujet et avec succès. — 3° Traitement des abcès alvéolaires. — 4° Coup de pistolet au niveau de l'abdomen; plaie pénétrante; balle rendue par le rectum; guérison.

1° Desault, opérant à l'Hôtel-Dieu un homme atteint de la pierre, sentit, en portant le doigt dans la plaie, une tumeur fongueuse de la vessie : la saisir avec les tenettes et en arracher le pédicule fut l'affaire d'un instant. Le malade guérit. C'était là, si je ne me trompe, l'unique cas de ce genre connu dans la science. Le professeur Billroth, probablement jaloux du succès de notre grand chirurgien, vient de renouveler cette tentative plus qu'audacieuse, et cela en parfaite connaissance de cause : Desault, au moins, en opérant son malade, ne croyait avoir affaire qu'à un calculeux. Le fait qui est rapporté dans *The British medical Journal* (16 oct. 1875) a trait à un jeune garçon de 17 ans, chez lequel le docteur Carl Gussenbauer avait cru à un calcul vésical. Billroth rectifia ce diagnostic et porta celui de tumeur de la vessie, qu'il n'hésita pas un seul instant à opérer. Après avoir anesthésié le malade, il pratiqua la taille latéralisée; le doigt introduit dans la vessie trouva une tumeur inégale, de la *grosseur du poing*, qui s'étendait de la face postérieure de la cavité jusqu'au sommet de l'organe. L'incision périnéale étant insuffisante, le chirurgien fit une incision sus-pubienne, sans intéresser le péritoine, et coupa, pour se donner du jour, les muscles droits à leur insertion; après avoir déchiré la base de la tumeur avec les doigts, il plaça une ligature pour arrêter l'hémorrhagie, divisa les points adhérents à la vessie et put, après bien des difficultés, l'amener au dehors. Pendant cette laborieuse dissection, les parois de l'organe furent renversées en dedans. La tumeur était mixte, principalement *myosarcome* et par places *myocarcinome*. Deux artères seulement furent liées; plusieurs fils fermèrent la partie supérieure de l'ouverture vésicale, mais le reste de la plaie ne fut point obturé; un drain passa, d'une part, par l'orifice sus-pubien, et, d'autre part, par l'ouverture périnéale. Il n'y eut pas d'accidents ultérieurs, et, un mois après, la guérison était complète.

Cette opération peut faire pendant à l'extirpation du larynx, pratiquée plusieurs fois déjà par ce chirurgien et, récemment, par M. Langenbeck (1), et elle rentre dans

(1) Cas d'extirpation totale du larynx, de l'os hyoïde, d'une portion de la langue, du pha-

la grande classe des opérations dites de *boucherie chirurgicale :* le malade a eu beau guérir, *la fin ne nous semble pas justifier le moyen;* il y a, évidemment, certaines limites que nous ne devons jamais dépasser.

2° Les cas de *lithotomie pratiquée à deux reprises différentes* sur le même malade sont trop rares pour que celui que M. Dobson relate dans *The Lancet* (1er mai 1875) ne mérite pas d'être rapporté. Cette opération fut pratiquée par ce chirurgien, en juillet 1872, sur un enfant de 3 ans, délicat, et qui, d'après la mère, éprouvait de la difficulté et de la gêne de la miction depuis sa naissance. Sous ce rapport, il y a donc lieu de croire qu'on avait affaire à un calcul congénital, fait qui a pourtant été nié par plusieurs auteurs : ce fut la taille latéralisée qu'on pratiqua; le calcul était d'acide urique et pesait 83 grains; on ne constata la présence d'aucune autre pierre dans la vessie, et, malgré la constitution assez faible de l'enfant, il guérit complétement en quelques semaines. Trois ans après, les mêmes symptômes se reproduisirent avec plus d'intensité, et M. Dobson refit sur lui, au mois de février dernier, la taille latéralisée au même niveau que la première opération; le calcul était également d'acide urique et pesait 326 grains. La guérison fut aussi rapide que la première fois; sera-t-elle plus durable? C'est une chose que nous ne pouvons prévoir, surtout quand il s'agit d'un sujet scrofuleux chez lequel, dans l'intervalle des deux tailles, on pratiqua, à deux reprises différentes, l'ablation d'un pouce et d'un index pour des affections strumeuses. Toutefois, ce cas offre un réel intérêt, en faisant voir avec quelle rapidité peut se former un calcul d'acide urique : il est, de plus, assez rare, puisque, sur 1,015 cas de faits de calcul vésical observés à l'hôpital de Norfolk et à celui de Norwich par M. Williams, il n'y en eut que 27 où on constata une récidive.

3° Les chirurgiens anglais sont peu partisans du cataplasme en général, et j'avoue qu'ils ont bien un peu raison; mais vraiment M. Isidore J. Lyons, qui publie, dans *The Lancet* du 23 octobre 1875, une note *Sur le traitement des abcès alvéolaires*, me paraît aller un peu loin en mettant uniquement sur le compte du malheureux cataplasme, qu'il stigmatise de traitement déplorable, les *eschares* et les *fusées purulentes* qu'il a observées chez plusieurs de ses malades qui présentaient une carie dentaire avec production d'abcès : les fomentations à l'intérieur (à l'extérieur elles seraient, selon ce chirurgien, aussi nuisibles que le cataplasme), l'incision des gencives, l'application de sangsues, et surtout l'extraction de la dent malade, sont, pour lui, les seuls moyens à employer. D'accord, mais il devrait avoir un peu plus d'indulgence pour le cataplasme; c'est un topique assez sale, il est vrai; mais il n'est pas,

rynx et de l'œsophage, chez un homme de 57 ans : 41 ligatures, dont celles des artères linguale, faciale, carotide externe, etc., et division des nerfs hypoglosse et lingual. L'auteur ne dit pas combien de temps a vécu ce martyr de la chirurgie contemporaine.

je crois, aussi dangereux que veut bien le dire l'auteur. Les Anglais ont leurs antipathies parfois, et ne veulent pas en démordre.

4° Les cas de corps étrangers ayant pénétré dans la cavité abdominale et sortis, quelque temps après, par le gros intestin, qu'ils avaient lésé, ne sont pas chose rare : M. Denucé, dans l'article ABDOMEN (*Nouv. Dict. de méd. et de chir. pratiques*), en rapporte bien des exemples, entre autres celui d'un soldat qui rendit par l'anus, au bout de deux mois, *le fer d'une flèche* qui avait pénétré par la partie postérieure de l'abdomen; celui d'un homme qui rejeta également par l'anus une partie *du poignard* qui l'avait blessé, et d'autres encore où des balles furent rendues de la même manière (Ravaton, Bilguer, Schenckins, Maugel, Ducochet). En voici un nouvel exemple que *The medical Record* (15 septembre 1875) emprunte à *The New-York medical Record* du 17 juillet de la même année, et qui a été publié par le docteur *William O'Meagher*. Il s'agit d'un laboureur, fort et vigoureux, qui reçut un *coup de pistolet* ayant produit une plaie pénétrante de l'abdomen. La thérapeutique toute d'expectation qu'appliqua le chirurgien, avec autant de prudence que de sagesse, doit certainement entrer en ligne de compte dans la guérison du blessé. Il commença par fermer hermétiquement la plaie, et par s'abstenir de toute exploration intempestive; puis il ordonna une diète sévère et l'administration des opiacés. Voilà, si je ne me trompe, une bonne et saine chirurgie. Le quatrième jour, il prescrivit, après bien des hésitations, et sur la demande réitérée du malade, un peu d'huile de ricin qui amena trois selles; dans la dernière se trouvait la balle, incrustée de matière fécale, dont on eut grand'peine à la débarrasser.

XXVIII

Sommaire. — Deux nouveaux exemples de corps étrangers du tube digestif. — Morceau de ferblanc rond (3 centimètres de diamètre) avalé par un enfant de 4 ans; expulsion par l'anus au bout de onze jours. — Morceau de fer à cheval rouillé, ayant séjourné pendant cinquante-deux jours dans le canal alimentaire sans avoir déterminé la moindre irritation; expulsion par l'anus.

Dans une de nos *Revues* (avril 1874), nous faisions remarquer les variétés innombrables (forme, nature, volume) de corps étrangers qui peuvent être accidentellement introduits dans le tube digestif, et l'impunité fréquente et parfois inexplicable avec laquelle ils y ont séjourné et circulé pendant un temps plus ou moins long. Voici deux nouveaux cas qui viennent encore à l'appui de l'assertion que nous avons émise :

A. Le premier nous a été communiqué par M. le docteur F. Balley, médecin-major de 1re classe, dans une note qu'il a eu l'obligeance d'envoyer au journal, et dont nous relatons les principaux détails :

Maestraci, gendarme à pied de la 25e légion de gendarmerie de Nice, vint demander un médecin à l'hôpital militaire pour un de ses enfants qui avait, le 2 janvier 1872, avalé un corps étranger volumineux. M. Balley fut chargé par M. Garnier, médecin principal en chef de l'hôpital militaire, de se rendre auprès du petit malade. La mère lui raconta que, dans l'après-midi, son attention avait été tout à coup attirée par les pleurs et les cris étouffés de son enfant, qui, en jouant avec des camarades, venait d'avaler un de ces petits plats en ferblanc qui composent le jeu d'enfants dit « *de ménage*. » Ayant ouvert la bouche du petit imprudent, elle vit le corps étranger au fond de la gorge; mais, ne pouvant le saisir, elle crut que le seul moyen était de le faire avaler complétement : en conséquence, elle donna avec la main deux ou trois petits coups sur le dos de l'enfant, qui fut presque aussitôt soulagé; le corps étranger ne se trouva plus alors dans la gorge.

Sept jours après, comme l'enfant ne cessait de pleurer et d'accuser une certaine souffrance du côté de l'estomac, elle se décida à consulter.

Examen huit jours après l'accident : Cet enfant était un petit garçon de 4 ans, assez fort, paraissant bien son âge, dont la figure devenait par moments alternativement pâle et vultueuse, et qui se mettait à pleurer dès qu'on voulait l'interroger et surtout l'examiner : il semblait en proie à une surexcitation des plus vives, et il

tait sans cesse les mains à la région épigastrique, d'où il faisait mine de vouloir acher un poids incommode. Depuis deux jours, il a perdu l'appétit, et la langue un peu rouge à la pointe et sur les bords.

L'examen rapide de la cavité buccale et de la gorge, qui ne fut pas sans difficulté, donna aucun résultat à M. Balley : pouls fréquent, mouvements respiratoires uliers. En buvant, l'enfant achève la déglutition sans souffrance, sans nausée ni nissement. La pression exercée sur la région antéro-latérale du cou ne déterne aucune douleur, mais la percussion au niveau de l'appendice xiphoïde du rnum et un peu à droite, donne lieu à une sensation pénible que l'enfant traduit r un retrait subit du corps en arrière, en se mettant à pleurer. Sonorité normale l'abdomen; aucune saillie à la vue, non plus qu'à la palpation, au niveau de pigastre.

Jugeant, d'après les commémoratifs et d'après l'existence de la douleur xiphoïenne précédente, que le corps étranger siégeait probablement encore dans la vité stomacale, M. Balley prescrivit :

1º *Huile de ricin* (60 grammes en trois doses), à prendre dans une tasse de bouiln gras, la première dose, le jour même, l'enfant étant à jeun, et les deux autres lendemain et le surlendemain.

2º *Onguent mercuriel belladoné* (30 grammes), pour frictions sur l'épigastre; taplasmes.

3º Boissons mucilagineuses abondantes, édulcorées soit avec une décoction de cines et une infusion de fleurs de guimauves, soit avec une solution concentrée gomme arabique, soit avec des blancs d'œuf battus.

4º Nourriture exclusivement composée de panades, de bouillies épaisses et de rée de haricots, lentilles et pois secs. Grande quantité de pain.

Les selles que provoqua, pendant deux jours, l'huile de ricin, n'amenèrent avec les aucun corps étranger. Le troisième jour, 12 janvier (onzième jour depuis l'accint), l'enfant, contrairement aux journées précédentes, mangea beaucoup à uper, principalement une grande quantité de purée de pois très-épaisse : il prit alement la dernière dose d'huile de ricin.

Le lendemain, 13 janvier, expulsion d'abondantes matières fécales molles, au ilieu desquelles se trouve le corps étranger, qui révéla du reste sa sortie hors du ctum par le bruit qu'il fit en tombant dans le vase de nuit.

Le corps du délit était une plaque de ferblanc ronde, taillée à l'emporte-pièce et présentant un petit disque de 3 centimètres de diamètre, dont les bords, à peine un demi-millimètre, étaient presque tranchants. Une fente partait à peu près du ntre, pour se terminer en un point du pourtour du disque; les deux faces étaient gèrement dépolies, et les anfractuosités de la circonférence où le fer avait été mis

à nu par la section circulaire du métal à l'emporte-pièce, étaient recouvertes d'u[n]e couche d'oxyde de fer.

La thérapeutique, avons-nous dit dans notre *Revue* du 30 mai 1874, applicab[le] aux corps étrangers du canal alimentaire, est toute d'expectation tant qu'i[ls] demeurent dans les voies digestives, et on doit se borner soit à conseiller quelqu[es] purgatifs, soit à prescrire quelques aliments lourds, féculents, capables de protég[er] les parois du canal contre les aspérités des corps, soit à combattre la gastri[te] ou la gastro-entérite. D'autre part, il est dit encore (UNION MÉD., 6 juin) que [le] docteur Fauconneau-Dufresne, pour un clou de tapissier avalé par un des jeun[es] fils du général Bertrand, conseilla de faire beaucoup manger le sujet, dans [la] pensée que la pointe du clou, s'enveloppant dans la masse alimentaire, aura[it] moins de chance de blesser les parois de l'estomac.

Aussi, M. le docteur Balley croit-il pouvoir tirer, avec raison, de son intére[s]sante observation, les *conclusions thérapeutiques* suivantes :

1° *Mode de nourriture :* Le choix des aliments, qui lui paraît être le point essen[-]tiel de thérapeutique, sera fait parmi ceux qui fournissent la plus grande proportio[n] de matériaux non assimilables; ils ont pour effet, en s'attachant à la surface d[u] corps étranger, en l'englobant, de retarder et d'empêcher l'action dissolvante d[u] suc gastrique, d'une part, et, d'autre part, d'en émousser les saillies et, par consé[-]quent, d'en faciliter la migration dans le tube intestinal sans provoquer la déchi[-]rure de la muqueuse.

2° *Évacuants :* Donner la préférence à l'huile de ricin, dont l'action purgative est plus douce, plus longtemps continue que celle des sels neutres; qui ne laisse pas de constipation, et que l'on peut répéter plusieurs jours de suite, ou au moin[s] tous les deux jours, sans fatiguer le malade.

M. Balley ajoute encore à cette médication, les frictions sur l'abdomen avec l'on[-]guent mercuriel belladoné, et même, à l'intérieur, la poudre de belladone, qui outre son action narcotique, antispasmodique et laxative, aurait la propriété d[e] relâcher les fibres musculaires de l'intestin, et principalement l'orifice pylorique. Sans vouloir nier d'une façon absolue ce dernier effet physiologique, nous ne lu[i] attribuons, dans la migration des corps étrangers du tube digestif, qu'une bien mé[-]diocre importance.

Quant aux boissons mucilagineuses ou albumineuses prises en abondance, l'au[-]teur ne les considère, à juste titre, que comme un simple moyen adjuvant.

B. Le second fait, que nous avons tiré des colonnes de la *Lancette* anglaise (17 octobre 1874), est encore plus remarquable par le long séjour du corps étranger dans le canal alimentaire. Il est dû à M. S. O. BISHOP, M. R. C. S. E., *assistant medical officer*, *male department*, *Durham County Asylum*, et a trait à un homme

enclin au suicide, qui avait la curieuse et dangereuse habitude d'avaler tous les les plus divers qu'il trouvait sous sa main.

2 juillet 1874, il avala *un gros morceau de fer à cheval* rouillé qu'il avait ssé, et ne ressentit jamais d'autre symptôme qu'un poids considérable au au de la partie supérieure de l'abdomen. Personne n'avait été témoin de l'acci- ; mais ce qui permettait d'ajouter foi à son dire, c'est que les matières fécales nt fortement colorées en noir, et qu'elles présentaient l'odeur du fer.

traitement employé, si toutefois c'en est un, consista dans une médication itive et dans l'administration d'une mixture d'acide nitro-muriatique, trois fois jour. On essaya aussi l'aiguille galvanique, mais sans aucun résultat.

s choses en restèrent là pendant *près de deux mois*, durant lesquels le malade ua encore dans deux tentatives de suicide.

n matin, environ une heure après avoir été au cabinet, il prévint son compa- n que le morceau de fer était sorti : on alla à sa recherche, et on le découvrit. ait un morceau de fer à cheval, dentelé à l'une de ses extrémités : sa surface t unie, et il avait l'odeur de matière fécale bien accentuée. Il pesait 625 grains gram. 25). Les fèces reprirent, après la sortie du corps étranger, leur couleur ituelle.

e fait, qui offre surtout de l'intérêt par le laps de temps considérable pendant uel le corps étranger a séjourné dans les intestins et par la coloration noire des s, est encore un exemple curieux de la dépravation bizarre du goût chez les ividus atteints d'aliénation mentale. Un membre de la Société de médecine de is rappelait, tout récemment, qu'un aliéné avala successivement tous les domi- du jeu de ce nom, et nous nous souvenons d'un autre dévorant un cataplasme orté par un infirmier, qui avait eu l'imprudence de s'absenter un instant.

XXIX

Sommaire. — Ankylose vicieuse de l'articulation coxo-fémorale gauche; fracture artificielle ou chirurgicale du col du fémur. — Succès complet.

La question de la *rupture des ankyloses* ou *du cal*, dans les fractures mal consolidées, est une de celles qu'on a le plus souvent mises en discussion et résolues tantôt affirmativement, tantôt par la négative. Tour à tour oubliée, puis remise en vigueur, cette méthode thérapeutique, qui certainement porte en elle un principe bien rationnel, avait été presque abandonnée, parce qu'on craignait de soumettre le malade à des manœuvres violentes et en apparence brutales, lorsque Bonnet (de Lyon), il y a près de vingt-cinq ans, Math. Mayor, Dieffenbach, Palasciano, Maisonneuve, etc., reprirent la question, et, en praticiens habiles, démontrèrent qu'il y avait tout intérêt pour le malade, et sans lui faire courir de grands dangers, à corriger des difformités constituant, pour ces malheureux, une source de gêne continuelle qui leur rend la vie intolérable.

Les recherches de ces auteurs portèrent surtout sur l'ankylose du coude et du genou; quant à celle de la hanche, plus rare que les précédentes, on n'osait guère lui appliquer que de loin en loin le même traitement : on craignait d'agir sur le membre abdominal tout entier. M. Bonnet, puis M. Barrier (*Gaz. méd. de Lyon*, 1859), avaient bien publié quelques observations et remarques *Sur la rupture de l'ankylose de la hanche;* après eux, M. Berne avait traité du *Redressement brusque ou immédiat dans les maladies de la hanche* avec déviation, et M. Maisonneuve avait cherché à appliquer sa *Méthode diaclastique au redressement du membre inférieur dans les cas d'ankylose angulaire du fémur;* mais la confiance ne semblait pas renaître encore, et on ne citait guère que des faits isolés, quand, au *Congrès médical de France de* 1864, MM. Palasciano, Delore, Philippeaux, et surtout Pravaz (*Des indications du redressement brusque et des tractions lentes dans le traitement de l'ankylose de la hanche*), vinrent jeter un jour tout nouveau sur cette thérapeutique, la faire sortir de la désuétude, de l'oubli même dans lequel elle était tombée, et la remettre en honneur.

Depuis cette époque, la *rupture forcée* a été appliquée à l'ankylose de la hanche aussi bien qu'aux autres ankyloses, et on en a obtenu des résultats excellents; plusieurs fois même, en cherchant à produire le redressement dans des coxalgies, *on*

brisé le col du fémur; et l'opérateur, tout d'abord inquiet de ce résultat imprévu, a pas eu lieu de s'en repentir. La valeur de cette méthode a été alors jugée à son antage, et le chirurgien, dans le cas de ces déviations permanentes du membre dominal, s'est décidé à agir, c'est-à-dire à redresser la cuisse en produisant (mais ne peut guère le prévoir à l'avance) soit la *rupture de l'ankylose*, soit la *fracture col du fémur.*

Nous désirons relater ici un fait de cette nature que nous avons observé, il y a elques mois, à Lariboisière, dans le service de M. Tillaux, et qui, au point de vue atique, est bien digne de figurer à côté de ceux encore assez rares que nous avons ncontrés dans la science.

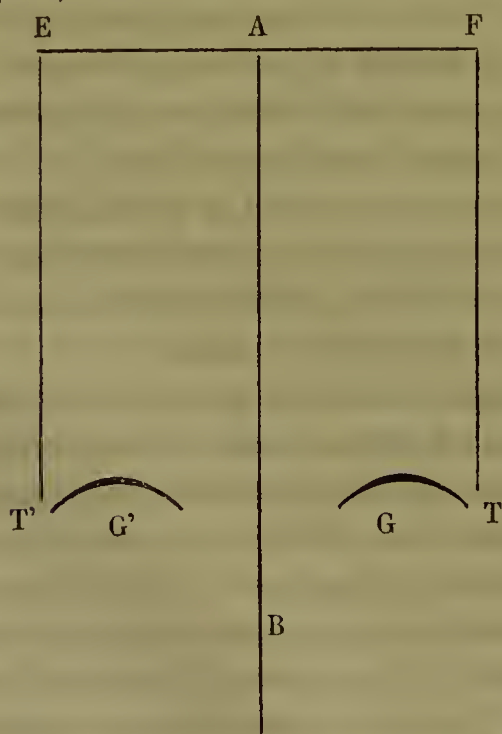
Il s'agissait d'une jeune femme de 28 ans, de complexion assez délicate, qui avait , deux ans auparavant, un premier accouchement, à la suite duquel il lui survint e arthrite coxo-fémorale gauche très-intense, s'accompagnant de phénomènes aves : un abcès articulaire ou péri-articulaire (rien de précis à cet égard) s'était vert derrière le bassin; on retrouvait la trace de l'ouverture près du coccyx. Il résulta une ankylose, qui fut traitée par le redressement; cinq mois après, le embre fut alors placé pendant quelque temps dans un appareil inamovible, qu'on tarda pas à enlever, parce qu'il la faisait souffrir. La malade resta alors couchée ndant une année chez elle; la guérison eut lieu, mais avec une déviation du embre abdominal des plus prononcées : non-seulement la cuisse malade était défi-tivement fléchie sur le bassin, mais elle était rejetée fortement en adduction du té de la cuisse droite, position vicieuse qui rendait la marche extrêmement nible, cette femme étant obligée de se courber considérablement pour faire poser pied gauche à terre : la station verticale était complétement impossible.

Malgré cette difformité, cette femme devint de nouveau enceinte, et put accoucher ès-facilement, et *à l'anglaise*, sans qu'il survînt cette fois aucun accident fâcheux. ne fois rétablie, elle entra dans le service de M. Tillaux, à Lariboisière, à la fin 1874, pour se faire traiter de son ankylose, qui était restée la même.

Qu'y avait-il à tenter pour corriger cette attitude vicieuse, ou pour chercher tout moins à rendre quelque usage à ce membre? M. Tillaux avait à choisir entre *ostéotomie* du col fémoral, qui, bien que pratiquée un certain nombre de fois depuis célèbre opération du chirurgien américain Rhea-Barton, n'inspire pas encore une ande confiance, et la *rupture osseuse sous-cutanée*, qui, malgré la brutalité appa-nte indispensable au redressement forcé du membre, expose infiniment moins les urs du malade que la précédente : c'est au choix de cette dernière que s'arrêta le irurgien de Lariboisière, et voici comment il procéda (si nous insistons un peu r ce manuel opératoire, c'est que nous avons assisté à son exécution, et que nous ons pu par conséquent nous rendre un compte exact, par nous-même, des diverses rticularités qu'elle a présentées) :

Après chloroformisation complète, M. Tillaux se mit à droite de la malade et chercha, tout en appuyant sur la partie inférieure du fémur pour étendre la cuisse, à repousser cette dernière en dehors; après avoir fait des pesées énergiques, et comme il n'arrivait pas au résultat désiré, il se plaça à gauche, c'est-à-dire en dehors de la malade, et, saisissant la jambe et le genou vigoureusement, il imprima à ce membre tout entier un mouvement d'abduction brusque en l'attirant à lui. Tous les assistants entendirent alors un craquement sec et unique, et instantanément la cuisse gauche reprit sa position normale parallèle à sa congénère : l'attitude vicieuse avait complétement disparu.

Séance tenante, le membre abdominal fut placé dans un appareil inamovible (ouaté, silicaté) entourant également le bassin, et la malade le conserva pendant soixante-six jours sans présenter le moindre accident. Au moment de la levée de l'appareil, on constata que le membre n'avait subi aucune atrophie, qu'il était dans la rectitude normale, et que la consolidation était complète : une légère tuméfaction existait encore dans l'aine gauche, en même temps qu'un peu d'augmentation de volume du grand trochanter; quant au raccourcissement, il ne dépassait pas certainement 1 cent. 1/2; nous avons pu nous en assurer nous-même en pratiquant chez la malade un nouveau genre de mensuration, système de parallèles fort ingénieux, imaginé par M. le docteur Hennequin, et qu'il a bien voulu nous communiquer; le voici : Le bassin étant placé de façon à ce que la ligne des épines iliaques antéro-supérieures soit bien horizontale, on dispose un premier mètre à plat (E F) immédiatement au-dessous de ces épines, puis un second mètre (A B) vertical entre les deux cuisses et tombant perpendiculairement sur le milieu du premier : on doit faire attention à ce que chacun des genoux se trouve à égale distance de ce second mètre (A B). Ceci fait, on vient poser transversalement, sur la partie antérieure de chaque ligament rotulien, un petit cordon arrondi (G G'); en attirant ses deux côtés en arrière, il glisse de lui-même et se trouve arrêté par l'extrémité supérieure de chacun des tibias. Il suffit alors de prendre et de comparer les distances (E T', F T) de chacune des épines iliaques à la tubérosité externe du tibia correspondant, pour s'assurer s'il y a une différence de longueur.



Or, je le répète, la cuisse de notre malade, mesurée de cette manière, n'accusait pas plus de 1 centim. 1/2 de raccourcissement. Après avoir commencé à marcher, i

de de béquilles, cette femme fut envoyée au Vésinet, en revint au bout d'un mois, fut présentée à la Société de chirurgie au mois d'avril 1875.

Tout en reconnaissant que le résultat obtenu par M. Tillaux était excellent (il était ficile, en vérité, de ne pas lui rendre cette justice), plusieurs des membres de cette ciété doutèrent de la réalité de la fracture du col, et émirent l'opinion que l'opéra-n n'avait rompu, dans ses manœuvres, que des brides fibreuses péri et intra-articu-res fort résistantes. Qu'il me soit permis de dire que, si ces honorables membres, elque peu sceptiques, eussent entendu comme nous, au moment du redressement la cuisse, ce bruit *sec*, *unique* et bien réellement *osseux*, leur doute se serait très-obablement converti en certitude. De plus, on a pu constater, séance tenante, mme signes de la fracture du col, outre la mobilité du membre et la rotation pied et du genou en dehors, du raccourcissement et deux phénomènes encore préciables au moment de la levée de l'appareil : la tuméfaction de l'aine du côté uche, et une légère augmentation de volume du grand trochanter.

Du reste, qu'il y ait eu, chez la malade de Lariboisière, rupture d'ankylose ou cture chirurgicale du col, peu nous importe; nous ne devons voir dans ce fait de irurgie que le résulat; et ce résultat, nous ne craignons pas de l'affirmer, est aussi au, aussi complet que possible. Nous ne voulons pas dire, toutefois, qu'il soit unique ns la science : M. Maisonneuve, dans un cas d'*ankylose angulaire de la hanche*, produit la fracture du fémur au-dessous des trochanters; et cette pratique, dit Denucé, dans son article ANKYLOSE du *Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*, a été ivie de succès, au moins au point de vue du redressement du membre. Dans le *urnal de méd. et de chir. prat.* (avril 1872), nous voyons, d'autre part, M. Verneuil oduire une fracture analogue dans une tentative de redressement d'ankylose. Il agissait d'une jeune femme de 25 ans, atteinte de coxalgie ancienne terminée par titude vicieuse, et chez laquelle ce professeur, après anesthésie préalable, rompit fémur au-dessous de l'articulation, en exerçant des pesées assez fortes sur le embre. A propos de cette malade, M. Verneuil citait des cas d'ankylose du coude extension pour lesquels il détermina la fracture de l'olécrâne et obtint des embres qui rendaient encore de très-grands services : Enfin, nous tenons de ce ofesseur lui-même qu'il a pratiqué encore, et avec succès, la rupture forcée du l du fémur dans deux autres exemples.

Billroth (*Éléments de pathol. chir. gén.*, 1868, p. 617), considère cette opération mme excellente : il lui est arrivé, dit-il, deux fois, en voulant étendre des anky-ses du genou, et une fois en voulant étendre celle de la hanche, de rompre l'os complétement ou même complétement. Dans tous ces cas, il appliqua immédia-ment l'appareil plâtré; la marche fut la même que celle d'une fracture simple us-cutanée, et le résultat parfaitement satisfaisant.

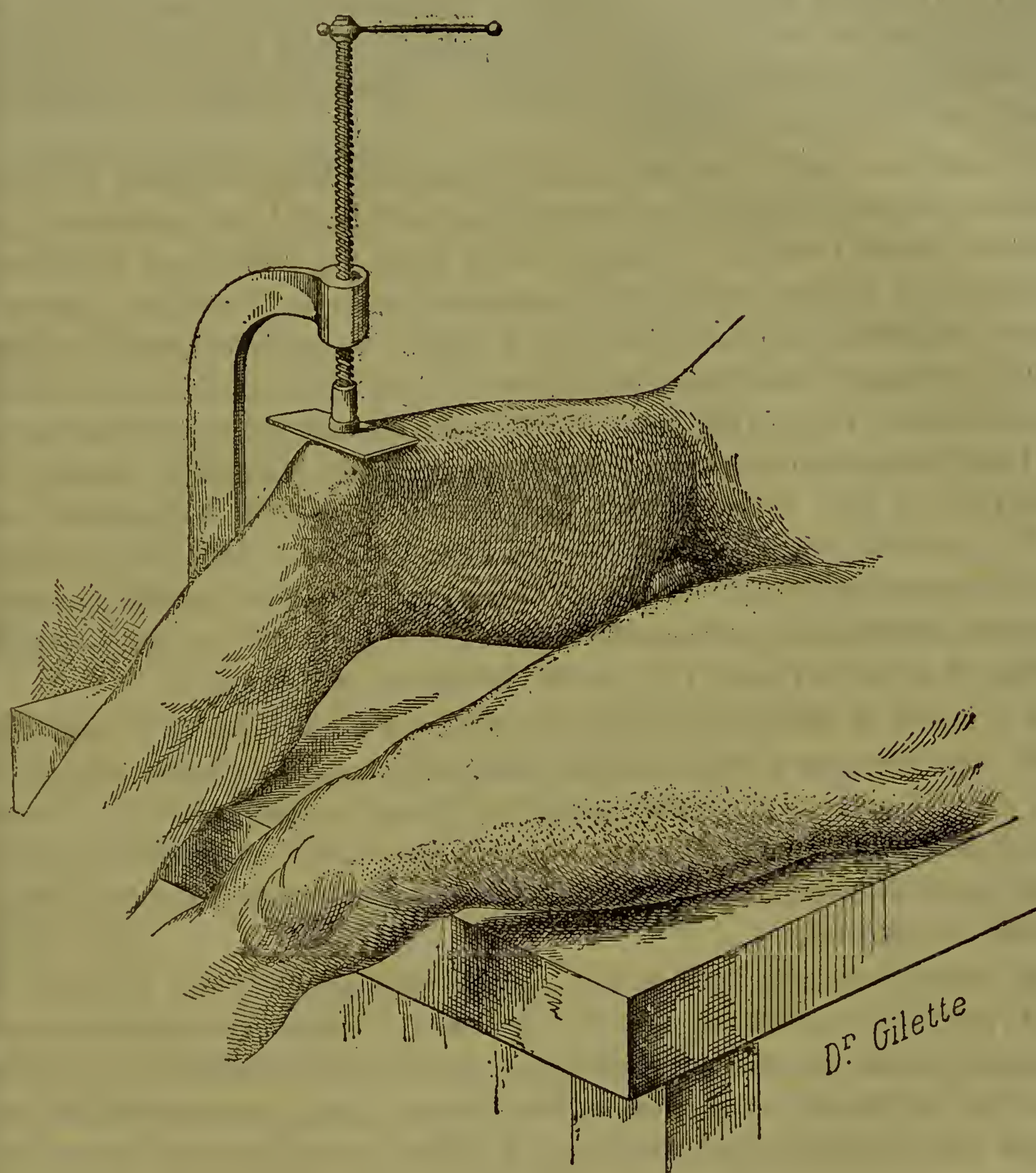
Les tentatives du genre de celles que nous venons de passer rapidement en revue

sont en quelque sorte légitimées par les observations de *rupture de cal vicieux* que l'on rencontre dans la science, depuis la publication de l'ouvrage d'Œsterlen, chirurgien du grand-bailliage de Kirchheim, dans le Wurtemberg, en 1828 (in-8° de 200 pages). Ce sont là, certes, des opérations plus graves que la précédente, et qui, pourtant, ont donné des succès parfois inespérés.

L'un des faits les plus surprenants que nous puissions citer est celui que nous trouvons dans *The Dublin Journal of medical science*, nov. 1874, et qui est dû à M. Richard G. Butcher M. R. I. A., M. D. de l'Université de Dublin; il est intitulé : *Terrible difformité consécutive à une fracture de la cuisse droite; cinq pouces de raccourcissement :* RE-FRACTURE *de l'os cinq mois après la consolidation. Membre rendu à sa longueur normale et avec tous ses mouvements.* Je l'ai traduit de l'original, et en voici le résumé :

Un marin de 26 ans, monté à un mât pour carguer une voile, et confiant dans sa force, essaya de se retenir à la vergue; mais sa main lâcha prise, et il tomba sur le pont d'une hauteur de 40 pieds; heureusement, dans sa descente, il rencontra un cordage qui amortit considérablement sa chute et l'empêcha de se tuer. Fracture de la cuisse droite à la partie moyenne. La consolidation se fit, mais en laissant une difformité hideuse. Lorsqu'il vint consulter, cinq mois après la fracture, il se soutenait sur deux béquilles, et, bien que le rachis et le bassin s'inclinassent du côté affecté, le pied ne pouvait reposer à terre que par l'intermédiaire d'un soulier muni d'une semelle de liége de plus de trois pouces d'épaisseur. On constatait, à travers le pantalon, une courbure antéro-externe très-prononcée de la cuisse : l'examen démontra qu'elle était le résultat de la consolidation angulaire des deux fragments. La difformité était si grande, que le genou (côté malade) était à près de cinq pouces au-dessus de celui du côté sain; les muscles étaient flasques et atrophiés, ainsi que ceux du mollet. Le membre, à la mensuration, était plus court que son congénère de 4 pouces 3/4. La consolidation osseuse était complète. Le chirurgien, enhardi par d'autres succès qu'il avait obtenus dans des circonstances moins défavorables cependant, résolut la *re-fracture* de l'os, et imagina l'instrument suivant, que nous avons dessiné d'après la figure donnée par l'auteur anglais, et que nous reproduisons ici. Il se compose d'une large barre de fer fixée sur le côté d'une pièce de bois solide de 15 pouces de long, 10 pouces de large et 3 1/2 d'épaisseur. Cette barre s'élève verticalement dans une hauteur de 12 pouces, puis se recourbe au-dessous de la partie moyenne de la table où elle est fixée, se terminant à ce niveau en un écrou *femelle* de 2 pouces d'épaisseur. Dans ce dernier s'engage une vis de 12 pouces de long, pouvant tourner dans une pièce terminale inférieure, en forme de cloche, et munie, au niveau de son extrémité supérieure (tête) arrondie, d'une barre horizontale de 6 pouces de long, servant de levier. Cette vis est presque circulaire, de façon à permettre d'employer en même temps une force continue, régulière et douce.

REFRACTURE OF THE THIGH-BONE.



Butcher's « Surgical clamp » for Refracture of the Thigh-Bone. — 1874.

La vis étant placée à son maximum d'élévation, et une pièce de bois bien rembourrée, de 2 pouces d'épaisseur, de 6 de long et de 3 de large, ayant été placée sur la partie la plus culminante de la difformité crurale, et répondant par son milieu à la partie inférieure de la vis, on fit alors agir le levier horizontal; mais on dut employer une force considérable pour déterminer la rupture du squelette, qui s'effectua avec un craquement très-prononcé. L'extension forcée fut pratiquée en même temps, et on continua à donner quelques tours de vis jusqu'à ce que le membre ait repris la

même longueur que celle de l'autre côté. Le chirurgien employa la boîte dont il fait usage à la suite des résections du genou. Il n'y eut aucun accident à la suite de cette opération, et, en deux mois, la consolidation s'effectua d'une façon complète; le membre avait conservé sa longueur normale. Quatre mois après, il pouvait faire sept à huit milles sans se fatiguer.

On aurait pu, dans le cas traité par M. Tillaux, faire usage du *clamp* dont nous venons de donner la description; nous croyons toutefois qu'il était préférable et plus prudent, comme l'a fait ce chirurgien, de ne tenter tout d'abord que le redressement manuel. De plus, cette rupture sous-cutanée, pourvu qu'il n'existe ni abcès ni fistule périphérique au point qui doit être le siége du traumatisme produit par l'opérateur, nous paraît devoir mettre les malades à l'abri d'accidents ultérieurs beaucoup plus sûrement : 1° que la résection; 2° que l'*ostéotomie* telle que, depuis Rhea-Barton en 1825, l'ont pratiquée avec un certain succès d'autres chirurgiens, Kearney, de New-York, en 1840, Textor en 1841, Maisonneuve en 1847, B. Langenbeck, Ross U. S. A. en 1857, Sayre, de New-York, en 1862, Erichsen en 1869; 3° que l'*ostéotomie sous-cutanée* faite par W. Adams (*Lancet*, mai 1870), pour une ankylose coxo-fémorale consécutive à un rhumatisme datant de sept ans, puis par Jessop, Jowers, Jordan, et enfin, en l'année 1875, par M. Boeckel (de Strasbourg) (1).

M. E. Lund, de Manchester, d'après *The Medical Press and circ.* du 1er septembre 1875, vient d'exposer à British medical Association le cas d'un homme chez lequel il a pratiqué avec le plus grand succès la division sous-cutanée du col fémoral (qu'il nomme opération d'Adams) et *des deux côtés*. C'était un rhumatisme chronique qui avait déterminé chez ce malade une ankylose complète des deux articulations coxo-fémorales.

M. le docteur Nepveu, dans un article publié récemment dans les *Arch. gén. de méd.*, a fait, avec juste raison, ressortir l'excellence de l'*ostéotomie sous-cutanée* (mais non pas pour des déformations rachitiques); nous pensons toutefois qu'il n'y a même pas lieu ici d'établir un parallèle entre ce moyen et celui que nous avons vu employer avec un résultat aussi brillant par M. Tillaux, et nous nous rallions entièrement aux sages conseils donnés par Billroth dans ses *Éléments de pathologie chirurgicale générale*, et qu'il formule ainsi, p. 618, édition de 1868 :

« Je ne comprends pas pourquoi on refuserait de remplacer l'extension impos-
« sible par une infraction ou fracture de l'os, et je préférerais cette dernière,

(1) Tout récemment (février 1876), M. Tillaux vient de lire à la Société de chirurgie un rapport sur divers cas (35, je crois) d'ostéotomie pratiqués par M. Bœckel pour des *déformations rachitiques* très-prononcées. Ce n'est plus, dans le manuel opératoire, la scie étroite qui est employée comme autrefois, c'est le ciseau, avec lequel on produit une entaille dans l'os, dont il est alors facile d'achever l'*éclatement* par une pression un peu énergique.

« sans hésiter, à toute résection articulaire dans le genou ou dans la hanche, toutes « les fois qu'il y aurait possibilité de l'exécuter facilement, sans trop d'efforts et « sans choc violent; je suis même d'avis que l'on doit toujours essayer d'éviter, « pour le moins, la résection du genou et de la hanche, quelle que soit d'ailleurs la « manière de l'exécuter, en faisant l'infraction de la cuisse, s'il est possible de la « produire sans trop de difficulté. »

XXX

Sommaire. — Emploi du chloral dans l'ozène. — De l'abus des injections hypodermiques de morphine.— Cathétérisme des uretères.

I. — Les recherches si intéressantes et si pratiques faites sur le chloral par M. Martineau, par M. Dujardin-Beaumetz et, depuis eux, par bien d'autres, dans le pansement des plaies et, en particulier, dans celui des ulcères, ont engagé M. Créquy à recommander chaudement l'usage de ce médicament dans le traitement de l'*ozène :* il l'emploie en injections et dans la proportion de 2 grammes pour 250 d'eau. Voici le mécanisme mis en pratique par cet expérimentateur, qui a exposé les avantages de ce moyen à l'une des dernières séances de la Société de thérapeutique.

Il place un tube en caoutchouc dans un vase renfermant la solution chloralée, et, disposant ce vase au-dessus de la tête renversée du malade, il permet par conséquent au liquide, par suite de la loi du siphon, de balayer l'intérieur des fosses nasales.

Ce mode de thérapeutique nous semble excellent, et comme désinfectant contre l'odeur si pénétrante du coryza chronique, et même comme modificateur des plaques ulcérées qui en sont souvent la conséquence; mais il ne doit pas dispenser, dans certains cas, surtout ceux d'ulcérations rebelles sous la dépendance soit de la scrofule, soit de la syphilis, d'avoir recours aux cautérisations directes, comme l'a bien indiqué M. S. Duplay, et à l'administration d'une thérapeutique générale.

II. — Les *injections hypodermiques* sont certainement un précieux moyen de combattre l'élément douleur dans bien des affections médicales et chirurgicales, et nous aurions mauvaise grâce à nier tout le bien-être qu'elles ont procuré et procurent chaque jour aux malheureux malades, qui finissent eux-mêmes par en réclamer l'application et par vous forcer la main en quelque sorte. Les expériences que M. Chouppe (*Gaz. des hôpit.*, 19 septembre 1874) et que M. Aimé Martin (*Bullet.* Soc. méd. de Paris, p. 186, 1874) ont entreprises à ce sujet, et avec succès, sur eux-mêmes et sur différents malades, ont mis hors de doute, comme celles de bien d'autres praticiens, la valeur thérapeutique réelle de ces injections. Nous n'y reviendrons pas. Tout ce que nous désirons est appeler un instant l'attention sur l'abus de leur emploi et les graves inconvénients, tant au point de vue local que général, qui peuvent en résulter.

Nous avons déjà rapporté à cet égard, dans une des séances de la Société de médecine, le cas d'une femme opérée et guérie par M. Trélat d'une fistule anale, et chez laquelle, pour combattre une névralgie abdominale fort rebelle, on pratiqua des injections répétées de sulfate de morphine sur divers points de la paroi de l'abdomen ; les douleurs se calmèrent; mais, au bout de quelques jours, on vit apparaître sur le ventre deux petites masses indurées, chacune de la grosseur d'une noix allongée : on avait affaire à deux petits phlegmons circonscrits au niveau de deux des piqûres qui avaient été pratiquées avec la seringue de Pravas.

Dans une leçon clinique que M. Trélat a faite, à ce propos, à la Charité, ce professeur rappela qu'il avait vu se produire les mêmes accidents sur une dame atteinte de névralgie sciatique, chez laquelle les injections répétées de sulfate de morphine furent suivies de l'apparition, sur les fesses et les cuisses, d'une foule de petites tumeurs qui percèrent ou furent percées, et donnèrent lieu à l'écoulement d'un pus séreux : toutes les parties du corps envahies, après cicatrisation, ressemblaient à la peau d'un convalescent de variole confluente. En ce cas, on n'avait pas su tout d'abord à quoi attribuer ces accidents; mais, ayant pris soin de marquer le lieu de chacune des piqûres faites avec l'instrument, on put facilement se rendre compte qu'on avait affaire à de *petits abcès* ou *indurations phlegmoneuses* sous-cutanées, ayant eu probablement pour cause l'impureté du liquide employé.

Dans un récent travail de *Allgemeine Wiener Medizinische Zeitung*, cité par *The Medical Press and circular* du 16 février 1876, il est publié un nouvel exemple démontrant d'une facon encore plus frappante les effets désastreux qui peuvent être le résultat de l'usage fréquemment répété des injections hypodermiques de morphine à haute dose.

Le malade, médecin lui-même, s'était vu forcé d'avoir recours quotidiennement à ces injections sous-cutanées pour calmer des douleurs très-intenses et très-rebelles qu'avait laissées à sa suite une atteinte de périostite traumatique du péroné. C'est en juillet 1867 qu'il commença ce traitement, et, par suite de la fréquence, et surtout de l'intensité croissante des souffrances, il augmenta successivement la dose, de sorte que, à la fin de la première année, il employa par jour 10 grains (0,50) de morphine.

Tout d'abord, ces injections furent suivies de sommeil; mais, peu à peu, elles n'amenèrent plus qu'une sédation marquée des douleurs. Ces dernières, au commencement de la deuxième année, avaient disparu ; toutefois elles furent remplacées par une grande irritabilité et un tremblement tout particulier des muscles, surtout ceux des membres inférieurs, et, par suite de la quantité innombrable d'injections qui avaient été pratiquées, une foule de *petits abcès* se manifestèrent sur différents points du corps, et, des douleurs réapparaissant, ce fut un nouveau prétexte pour le malade de recommencer ses injections.

La quantité de morphine injectée par jour fut si grande, qu'elle arriva, la troisième année, à 20 grains (1 gr.), la quatrième à 30 grains (1 gr. 50), et enfin, l'année 1873, à la dose monstrueuse de 2 grammes par jour. Lorsque le professeur Weinlechner (de Vienne) le vit, les abcès qui couvraient la surface du corps laissaient à peine quelques parties des téguments encore saines. Ce pauvre homme semblait un véritable squelette, et la peau était si fortement ratatinée sur elle-même au niveau des extrémités émaciées, qu'il ne restait plus de place, pour ainsi dire, sous le derme pour pousser les injections.

Ces dernières furent immédiatement supprimées; mais on administra encore un peu de morphine à l'intérieur, et on eut recours à quelques inhalations chloroformiques, en vue de produire un peu de repos. Toutes les collections furent ouvertes, et on les traita simplement. On chercha, de plus, à étendre les jambes, avec l'aide de l'anesthésie, mais sans aucun résultat; on échoua même dans les tentatives que l'on fit avec des appareils mécaniques; enfin, l'iodure de potassium fut administré avec quelque succès; il se produisit une cessation complète des douleurs spasmodiques des extrémités; le sommeil et l'appétit revinrent, et le malade reprit de l'embonpoint et des forces. Actuellement, il ne reste plus qu'à lutter contre la rétraction des muscles de la cuisse, en employant d'une façon prolongée l'extension mécanique.

Le *Journal de méd. et de chir. pratiques* (mars 1876) a emprunté au *London medical Record*, traduit de la *Berliner Klinishe Wochenschrift*, un curieux passage du travail que le docteur Ed. Levinstein vient de publier sous le nom de Morphiomanie (troubles produits par l'abus des injections de morphine). Cet état, analogue sous certains points à la dipsomanie, détermine des frissons, des tremblements et des hallucinations. Trois observations sont consignées, dans lesquelles les malades s'injectaient, l'un depuis cinq ans, 1 gramme d'acétate de morphine; la seconde, depuis cinq ans également, 0,80 de morphine par jour, et le troisième, depuis trois ans, et par jour, plus d'un gramme de morphine. Ces trois malades, chez lesquels on put, non sans peine et non sans accident, triompher de cette funeste habitude, présentèrent, à la suite de l'abus des injections, des phénomènes qui, chose curieuse, étaient précisément les mêmes que ceux pour lesquels on prescrit le remède : hyperesthésie, névralgies, insomnie, etc. Le docteur Levinstein pense que, dans ce cas, il n'y a que 25 p. 100 de guérisons définitives, les autres malades reviennent à leur passion; il a vu, dans deux cas, le marasme et la mort; enfin, il a cru remarquer que, lorsque le médecin pratique l'injection lui-même, pendant longtemps on ne voit pas survenir la *morphiomanie;* aussi est-il très-désirable que l'on ne mette jamais aux mains des malades et des gardes ce puissant moyen de traitement.

III. — Il est vraiment bien difficile de prévoir au juste jusqu'où ira la hardiesse

de certains chirurgiens de nos jours. Nous avons déjà mentionné plusieurs cas d'extirpation du larynx, un autre d'extirpation de tumeur de la face interne de la vessie : Un assistant du professeur Billroth, avec lequel nous revenions un de ces jours de l'hôpital de la Pitié, nous a affirmé qu'il ne tarderait pas à faire paraître une brochure sur la *résection du pylore* dans les cas de carcinomes de cet organe. Il est vrai que, jusqu'à présent, les essais de cet expérimentateur se sont bornés à la race canine, et cela, d'après lui, avec les résultats les plus satisfaisants.

Voilà maintenant le professeur Simon (de Heidelberg), celui-là même qui récemment a préconisé la singulière pratique qui consiste à introduire le *membre supérieur tout entier* dans le gros intestin pour combattre certains étranglements internes, voilà le professeur Simon qui vient d'imaginer le CATHÉTÉRISME DES URETÈRES! Il décrit tout au long son procédé dans une Note envoyée à *The Philadelphia Reporter*, que nous n'avons pu malheureusement nous procurer, et qui est citée par *The medical Press and circular* (24 nov. 1875). Toutefois, il n'applique encore cette méthode que chez la femme.

On sait, en effet, que, dans certains cas, il est utile, indispensable même de dilater considérablement l'urèthre de la femme pour explorer la face interne de la cavité vésicale : parfois même, selon cet auteur, cette manœuvre faciliterait l'opération de la fistule vésico-vaginale, *et on pourrait également en retirer de grands avantages pour le cathétérisme des uretères;* il l'a expérimenté 17 fois sur 11 femmes, et il lui a été possible, sans trop de difficultés, d'*atteindre le bassinet du rein.*

L'occasion ne s'est pas encore offerte à lui de mettre ce singulier procédé en pratique dans les cas pathologiques; cependant il pense qu'il est susceptible de rendre des services dans le diagnostic et même le traitement des affections calculeuses, à l'effet d'extraire ou de broyer les pierres qui obstruent le calibre des uretères, comme dans des faits analogues, par exemple, à celui de William Newman, chirurgien de l'infirmerie de Stamford, et qui est intitulé : *Suppression de l'urine pendant cinq jours, mort, autopsie : oblitération symétrique des deux uretères par un calcul* (*The British medical Journal*, 15 janv. 1876). Le malade, en ce cas, était un homme, et le professeur Simon, comme nous l'avons dit, n'a pas encore songé *heureusement* à étendre son invention au sexe masculin.

Faire la *lithotritie uretérale*, voilà une méthode qui, si je ne me trompe, a bien du chemin à parcourir avant de devenir classique : il est vrai qu'à l'étranger, nous passons, nous autres, pour des chirurgiens un peu timides.

XXXI

Sommaire. — Nouveau cas de Ladrerie chez l'homme. — 377 piqûres faites dans les cysticerques accessibles. — Quelques considérations sur l'étiologie probable et les conséquences de cette affection.

De tous les entozoaires qui peuvent se rencontrer chez l'homme, le *cysticerque* (κύστις, vessie, et κέρκος, queue) est, sans contredit, celui qu'on observe le plus rarement, si on le compare à l'échinocoque et surtout au tænia : il a été vu cependant dans presque tous les tissus de l'économie, bien que son siége de prédilection doive être réellement placé dans l'œil et l'encéphale, d'après les observations consignées, depuis une trentaine d'années environ, dans la science. Il y a sept ans, M. B. Anger rapportait entre autres, dans l'Union Médicale (1869, nº 62), un exemple des plus intéressants de *cysticerque de la paume de la main* qui fut soumis à l'examen histologique, dans le laboratoire de M. Vulpian, à l'École pratique.

Dans tous ces cas, l'entozoaire est à l'état d'isolement ; il s'égare pour ainsi dire dans tel ou tel tissu qu'il choisit pour son habitat unique, s'y développe et y produit des désordres localisés au seul point où il subit les phases de son évolution.

Si, au contraire, un grand nombre de ces animaux parasitaires viennent à se développer simultanément à la superficie ou dans la profondeur des organes et des tissus, l'affection, par le fait même de cette sorte de généralisation, prend un tout autre caractère et est connue sous le nom de ladrerie. Cet état morbide, qui se remarque très-fréquemment chez le porc, ne lui est pas cependant exclusif. Ainsi Hartmann, à qui on doit d'avoir démontré la véritable nature de cette affection et de l'avoir rattachée à la présence du cysticerque, l'avait observée chez la chèvre en 1686. Robin l'a rencontrée sur un ours mort au Jardin des plantes ; mais c'est toujours chez les mammifères qu'on constate cette variété d'entozoaires. Werner est le premier qui ait trouvé le cysticerque chez l'homme (*Vermium intestinalium præsertim tæniæ humaniæ brevis exposis. Lipsiæ*, 1782-1783, av. fig.). Il le rencontra sur le cadavre d'un soldat de 40 ans, mort d'asphyxie par submersion, et dit que *presque tous les muscles en étaient farcis.* Steinbuck, cité par Cruveilhier (Dict. de méd. et de ch. pr., 1831, t. VII, p. 366), en a rencontré également 25 dans le trapèze, les scalènes, les dentelés postérieur et supérieur, les très-longs du dos et le deltoïde du même individu. Toutefois, chez l'homme, le développement multiple des cysticerques dans un grand nombre d'endroits du corps est chose très-rare ; aussi l'*histoire*

la ladrerie dans l'espèce humaine n'a reçu jusqu'à présent aucune description nplète, et cela faute de matériaux suffisants. A. Reynaud (*Hydatides*, p. 441, t. en 30), ne cite que quelques cas de cysticerques isolés, et M. A. Delpech, dans n remarquable article sur la *Ladrerie*, ne s'appesantit uniquement que sur celle de la e porcine, sur l'hygiène publique et la police médicale relative à cette dange-ise affection.

Nous n'en connaissons guère que deux exemples bien définis, applicables à la cli-que : le premier, qui remonte à 1853, est dû à M. Delore (de Lyon) et a été publié ns les *Comptes rendus de la Société de biologie* et dans la *Gazette médic.*, p. 657; ns cet exemple, on put constater, par l'examen cadavérique, la présence de plus 2,000 cysticerques dans différents points du corps, soit le tissu cellulaire, soit intervalles des faisceaux musculaires, soit les principaux viscères (encéphale, umon, cœur); la seconde observation, plus récente, est de M. Lancereaux, et a ru dans le numéro du mois de novembre 1872 des *Arch. gén. de méd.*; elle a trait in cas de ladrerie chez une chiffonnière dont les tumeurs et saillies, correspon-nt chacune à la présence d'un cysticerque, pouvaient être évaluées à plus d'un illier; nous y reviendrons dans le courant de cette Revue.

Un troisième exemple fort curieux, et possédant un véritable intérêt au double int de vue étiologique et même thérapeutique, vient de s'offrir à nous dans le rvice de M. Broca, à l'hôpital des Cliniques. Ce professeur a présenté le malade question, mercredi dernier, 23 février 1876, à la Société de chirurgie. Ce cas est rtout remarquable par la présence simultanée, chez un même individu, et des sticerques et du tænia.

Il s'agissait d'un jeune homme de 27 ans, de taille moyenne, ayant toujours joui d'une nne santé, mais n'étant pas cependant d'une constitution bien vigoureuse. Il affirme avoir ndu, et en quantité assez considérable, des anneaux de tænia, il y a cinq ans, au moment il exerçait la profession de cocher. Tout récemment encore, M. Broca a pu se convaincre, *visu*, que plusieurs anneaux, de ceux qui paraissaient se rapprocher le plus de l'extrémité phalique de l'animal, avaient été également expulsés; cependant ces pièces de conviction, si écieuses pour expliquer l'origine de l'affection que présente actuellement cet homme, ont perdues et n'ont pu être par conséquent soumises au contrôle de l'examen irréfutable de loupe et du microscope. Quelque faible qu'il soit, il existe donc un doute. M. Broca n'en ste pas moins intimement convaincu qu'il a eu sous les yeux de véritables anneaux du tænia lium. Deux ans après, cet homme, se trouvant à cheval, est pris de vertige, de bourdonne-ents d'oreilles, et il tombe privé de connaissance. Ces accidents durent environ une heure, is ne s'accompagnent ni de convulsions ni de phénomènes de paralysie. Depuis cette attaque, malade a été repris quatre autres fois d'accidents analogues, mais plus passagers et présen-nt un caractère de gravité bien moindre. Il y a quelque temps à peine, à la Clinique, au oment où il se promenait dans une des salles de l'hôpital, pris d'éblouissement subit, il fut ligé de se cramponner à un lit voisin pour ne pas tomber. On arriva à son secours; mais

tout avait disparu, et le malade put continuer sa promenade, aucun trouble de la sensibilité ni de la motilité ne s'étant montré en cette circonstance, pas plus que dans les autres.

C'est depuis sept ou huit mois environ que ce jeune homme s'aperçut de la présence de *petites boules* sur divers points du corps; sa main en rencontra d'abord sur le devant de la poitrine, puis sur les bras, les avant-bras et les membres inférieurs. Ces petites tumeurs étaient complétement indolentes, mais cependant déterminaient chez le malade une gêne bien marquée, une espèce de tiraillement, surtout au moment de la contraction des muscles du thorax, de l'épaule ou de ceux qui président à la locomotion. Trouvant que le nombre de ces boules augmentait beaucoup, il se décida à entrer à l'hôpital des Cliniques.

Ces tumeurs, dont le nombre, bien difficile à apprécier exactement, pouvait être évalué d'une façon approximative à plusieurs centaines, ces tumeurs étaient toutes petites, non roulantes à la pression, du volume et de la forme soit d'une noisette, soit plutôt d'une olive, soit d'un gros pois. Les unes étaient sous-cutanées, d'autres étaient plus profondes et à grand diamètre (10 à 12 millim.), parallèles à la direction des fibres musculaires, dans l'intervalle desquelles elles étaient évidemment situées : chacune d'elles était régulière, lisse, offrant une certaine dureté, ou plutôt une rénitence rappelant celle des poches distendues par un liquide. L'état général était loin d'être très-bon; ce jeune homme, un peu anémié, avait constaté depuis plusieurs mois une diminution réelle des forces musculaires; une fatigue qui se faisait sentir rapidement l'avait obligé à quitter sa première profession pour prendre le métier de piqueur de bottines. L'examen des principaux viscères ne décelait aucun phénomène inquiétant. Il existait encore cependant, du côté de l'ouïe, quelques troubles passagers qui se reproduisaient de temps à autre, et la vision de l'œil gauche était un peu affaiblie. Mais l'ophthalmoscope n'y dévoilait pas de lésion bien prononcée du côté des régions profondes.

Avant d'en venir à un essai thérapeutique, M. Broca voulut, pour ne pas laisser planer le moindre doute sur le diagnostic, examiner le contenu d'une de ces tumeurs; une incision, faite sur l'une d'elles, permit d'énucléer le kyste, rempli d'un liquide séreux, au milieu duquel se trouvait l'entozoaire.

Le microscope fit aisément voir qu'on avait affaire à la variété dite *cysticercus cellulosæ*, à col étroit, dont la tête, garnie de quatre suçoirs ou ventouses sans orifices, se termine par une espèce de trompe, également imperforée, au-dessous de laquelle est une double couronne de crochets; l'autre extrémité est représentée par une *vésicule caudale* au centre de laquelle (par le mécanisme en doigt de gant à moitié retourné) l'animal se trouve rentré en lui-même, avec possibilité d'allonger le cou et la tête à l'extérieur ou de les replier dans l'intérieur de la dilatation terminale.

Le cysticerque correspondant à chacune de ces saillies fut attaqué par la ponction pratiquée dans la masse à l'aide d'une aiguille à cataracte; à la suite de ce *coup de lance* donné à l'animal, la tumeur, diminuant peu à peu de volume, prenait une forme de plus en plus ellipsoïde, et la mort du cestoïde s'annonçait, en un mot, par l'atrophie de la poche, au bout d'un mois ou six semaines, mais non pas une atrophie complète; car on retrouve, même actuellement, au niveau de chacune de ces ponctions multiples, un noyau, une induration qui représente une partie de l'épaisseur de la paroi kystique. Plusieurs piqûres (2 ou 3) étaient faites par jour.

Toutes les tumeurs portées par le malade ont été ainsi traitées, et aujourd'hui, 23 février

875, M. Broca en est à sa 377ᵉ ponction : toutes ne sont pas entrées cependant dans une oie de résorption identique; il y en a encore qui sont plus volumineuses que d'autres; mais, omme M. Broca pense que la poussée des cysticerques s'est faite d'un seul coup, et que toutes s masses accessibles ont été attaquées, il espère, sauf à revenir plus tard sur celles qui se eront montrées rebelles, qu'elles entreront toutes dans une voie de résorption suffisante dans n laps de temps indéterminé. Il réserve toutefois le pronostic eu égard à ceux d'entre ces arasites qui peuvent occuper la profondeur des organes, et il n'a garde d'oublier les accients passagers il est vrai, mais réels, que le malade a présentés du côté de l'encéphale à diverses reprises.

Ce curieux exemple de cysticerques multiples développés chez l'homme nous offre plusieurs points importants à examiner.

Et d'abord, *l'étiologie :* devons-nous voir une relation de cause à effet entre la production de ces entozoaires dans divers points du corps et la présence dans le ube intestinal du tænia, dont plusieurs anneaux avaient été expulsés par le malade à des époques différentes? Il est assez difficile de répondre catégoriquement à cette question ; mais cependant nous serions bien tenté d'y voir plus qu'une simple coïncidence, surtout si nous nous reportons aux beaux travaux des naturalistes modernes sur la transmission et les métamorphoses des vers cestoïdes, dont nous voulons rappeler quelques-uns des exemples les plus frappants.

Quatre-vingts heures, dit M. A. Delpech (*loc. cit.*), avant l'exécution d'une femme condamnée à la décapitation pour assassinat, Küchenmeister lui fit prendre, à plusieurs reprises, trois cysticerques ladriques; l'autopsie, faite quarante-huit heures après la mort, permit de découvrir dans le duodénum quatre jeunes tænias de 4 à 8 millimètres de longueur, et six autres dans le reste de l'intestin.

Leuckard donne à un jeune homme, dans du lait tiède, quatre cysticerques ladriques bien développés et pourvus de leur enveloppe ; trois mois après, le jeune homme rend deux tænias de 2 mètres 50 de long.

M. Humbert, de Genève (Bertholus, th. Montpell., 1856), avale quatorze cysticerques ladriques en présence du professeur Vogt et de M. Moulinié : au bout de trois mois, il rend des fragments de *tænia solium* en quantité assez considérable.

Donc, *l'ingestion du cysticercus cellulosæ peut donner lieu, dans les voies digestives de l'homme, au développement du tænia solium.*

Réciproquement, *l'ingestion dans l'estomac* (et non dans le rectum) *des proglottis du tænia solium donne naissance aux cysticerques.* Les expériences de Leuckard, de Küchenmeister et Haubner, de Gervais et de Van Beneden (1854) en font foi ; ce dernier expérimentateur (Acad. sc., 2 avril 1854), après avoir fait prendre à un porc (mois d'octobre) des œufs de tænia solium rendus par une femme de la ville, l'a tué au bout de six mois, et a trouvé dans ses muscles, surtout les intercostaux, un grand nombre de cysticerques complétement développés, c'est-à-

dire des scolex. Cet auteur ajoute : « En disant, le 13 janvier 1849 : Les vers vési-« culaires ou cystiques (cysticerques, etc.) sont des tænioïdes incomplets, je ne « croyais pas que nous aurions été sitôt en possession de la démonstration com-« plète de ce phénomène. »

Dans l'exemple récent relaté par M. Lancereaux, la malade, une chiffonnière, a pu (mais ce n'est là qu'une hypothèse) trouver l'origine de sa maladie dans les ordures que sa profession l'obligeait à toucher à tout instant; transportés par ses doigts dans la cavité buccale, les œufs de tænia avalés auraient donné naissance aux cysticerques qui se sont développés chez elle en si grande quantité.

En est-il de même dans le fait que nous avons cité? Nous ne pouvons rien préciser; car le malade ne faisait usage que très-rarement de viande de porc; mais il était, nous a-t-il dit, très-friand de légumes, et une seule feuille de salade, sur laquelle se serait trouvé un certain nombre de proglottis, aurait suffi au développement des cysticerques; car, je le répète, rien ne semble mieux prouvé aujourd'hui, par voie expérimentale, que la filiation du cysticerque ladrique et du tænia solium, et la possibilité de leur reproduction réciproque l'un par l'autre.

Maintenant, par quel mécanisme les œufs pénètrent-ils dans les tissus de l'économie? Et, au lieu d'admettre simplement, avec Gervais et Van Beneden, que, déposés sur la muqueuse digestive, ces œufs traversent les parties molles et finissent par s'enkyster, doit-on penser, avec M. Bleynie, qu'ils *passent par pression dans les chylifères et de là dans le sang,* avec lequel ils sont transportés dans toutes les directions et déposés dans les divers organes, où leur éclosion a lieu? Nous ne pourrions, à l'égard du mécanisme de cette migration, que nous lancer dans des vues théoriques; peu nous importe, du reste, quelle voie suit l'ovule : le point essentiel était de prouver qu'il y avait corrélation entre l'un et l'autre de ces animaux, et, comme nous l'avons dit, c'est là un fait que nous pouvons regarder comme à peu près définitivement acquis à la science; car il est bien difficile aujourd'hui de croire au développement spontané de ces espèces d'entozoaires dans l'intestin de l'homme.

L'histoire *symptomatologique* de notre malade nous montre, comme du reste celle du très-petit nombre de cas analogues que nous venons de citer, la pénurie des phénomènes propres à éclairer le clinicien. C'est la présence à l'extérieur d'une grande quantité de saillies qui seule permet d'établir le diagnostic; sans cette constatation, rien ne vous met directement sur la voie. D'ailleurs, à moins que ces entozoaires ne portent sur un point, sur un organe essentiel de la vie, ils ne peuvent déterminer, en raison de leur très-petit volume, des accidents d'une haute gravité immédiate : tout ce que nous voyons se produire chez ce jeune homme, c'est une *gêne*, une espèce de *raideur* quand il vient à contracter ses muscles, une *lassitude* qui va en augmentant. Les deux observations de M. Delore et de M. Lancereaux, dans lesquelles le nombre des cestoïdes développés était plus considérable (2,000 et

000) que chez le jeune homme de la Clinique, ne sont guère plus fournies en symp-
mes de valeur réelle.

L'absence de troubles cardiaques respiratoires, d'enrouement, d'essoufflement, ut, jusqu'à un certain point, faire supposer, par analogie, que chez ce malade s entozoaires ont jusqu'à présent respecté le cœur, le diaphragme, les intercos-ux, les côtés du larynx, les cordes vocales, peut-être les poumons (bien que nous affirmions rien à cet égard); mais, pour l'encéphale et l'appareil de la vision, on mprend que nous restions complétement dans le doute, en raison des troubles, sez passagers à la vérité, mais cependant bien constatés, que nous avons déjà entionnés.

Un phénomène sur lequel nous désirons appeler un instant l'attention est l'*amai-issement* et l'*anémie*, peu considérable toutefois, que nous a paru offrir le malade. Davaine insiste, en parlant de la ladrerie porcine, sur l'ensemble de ces phéno-nes généraux, sur cet état, pour ainsi dire cachectique, auquel il reconnaît une ande importance; par contre, M. A. Delpech nous dit que tous les porcs atteints ladrerie qu'il a examinés présentaient l'apparence de la meilleure santé, et rien, premier coup d'œil, n'eût pu faire soupçonner l'affection parasitaire dont ils aient atteints. Il nous semble bien difficile cependant qu'il en soit absolument de ême chez l'homme.

Enfin, dans les deux tiers au moins des porcs ladres, il existe, à la face inférieure la langue, sur les parties latérales du frein, des petites saillies oblongues qui ne nt autres que des cysticerques enkystés. Rien de semblable n'a été constaté chez malade de la Clinique : ce symptôme est, en effet, très-rare dans l'espèce humaine. Broca a avoué à la Société de chirurgie qu'il n'en connaissait pas d'exemple; pendant Cruveilhier, dans son remarquable article ENTOZOAIRES du Dict. de méd. de chir. prat., p. 336, t. VII, dit que Chabert en a rencontré chez l'homme dans *paisseur de la langue;* mais il ne dit pas s'il y en avait au-dessous d'elle.

Le *traitement* employé par le professeur de l'hôpital des Cliniques a consisté à taquer directement chacun de ces animaux sur place; car l'administration de *cide phénique* à l'intérieur, conseillée par M. Lancereaux, n'a pas encore donné des sultats bien convaincants. M. Davaine cherche à détruire individuellement ces stes en faisant dans chacun d'eux une injection de deux gouttes d'alcool à l'aide la seringue de Pravaz, et c'est à cette manière de faire que M. Broca avait tout abord songé à s'arrêter; mais nous savons, d'autre part, que les entozoaires jouis-nt d'une ténacité de vie bien merveilleuse, puisque, dès 1854, MM. Ercolani et lla annonçaient à l'Académie de médecine, à propos de l'embryogénie et de la opagation des vers intestinaux, que les embryons des helminthes *vivent pendant it jours plongés dans l'alcool* et *revivent même après trente jours de dessèchement mplet.* Aussi, voici comment le traitement fut dirigé dans le cas actuel :

Une aiguille à cataracte fut enfoncée dans chacune de ces tumeurs; au moment où elle pénétrait dans la poche, le chirurgien avait la conscience d'une sensation de résistance vaincue, absolument comme s'il *piquait un grain de raisin;* le malade lui-même se rendait parfaitement compte de cette sensation de *poche percée :* tantôt la tumeur fut lardée de part en part, mais dans un sens seulement; tantôt, suivant deux de ses diamètres : on ne vit que rarement sortir à l'extérieur le liquide contenu dans le kyste.

A la suite de ces piqûres, qui furent au nombre de 377 (2 ou 3 par jour), on vit se produire, pour chacun de ces kystes, un travail d'atrophie qui témoignait de la mort du cysticerque; les poches, au lieu de rester arrondies, tendues, diminuaient peu à peu de volume, devenaient ovalaires, ellipsoïdes, plus dures, se ratatinaient en un mot, et nous avons pu constater sur plusieurs d'entre elles cette transformation en *grain d'orge* ou d'*avoine,* avec ou sans crétification, sur laquelle M. Lancereaux a appelé récemment l'attention, et qui peut encore, à la longue, subir elle-même une régression plus complète.

Maintenant, tous les parasites ont-ils été tués, et d'autres ne viendront-ils pas se montrer dans un laps de temps indéterminé? Rien de précis à ce sujet. Toutes les poches accessibles nous ont paru avoir été attaquées et subir ou avoir subi cette transformation indiquée plus haut; par conséquent, le malade a retiré un grand bénéfice du traitement véritablement chirurgical qui lui a été appliqué; mais nous ne sommes pas aussi rassuré sur l'avenir. M. Broca pense que le développement de cette multitude de cysticerques se fait, en quelque sorte, en *une seule poussée,* et qu'il n'y a pas, chez le même individu, des générations de parasites d'âges différents : par conséquent, que la guérison peut, à la rigueur, être obtenue : c'est là une opinion fondée sur la parfaite connaissance de la vie, de l'habitus de ces animaux, que ce savant professeur possède au plus haut degré; mais notre expérience clinique ne nous permet pas d'être aussi affirmatif, et nous devons conserver bien des doutes à cet égard.

De plus, ce malade ne possède-t-il pas dans ses organes intimes quelques-uns de ces mêmes parasites? On sait, en effet, par le petit nombre des observations connues chez l'homme, que le cysticerque peut aller se loger et vivre dans le cœur (Leudet, Soc. anat., 1852-1853), dans les poumons, le larynx, la rate, les centres nerveux (cas de Delore); et les accidents encéphaliques que ce jeune homme a accusés d'une façon très-nette, au début et dans le cours de son affection, ne sont-ils pas le témoignage, encore incertain j'en conviens, de la présence d'un des cysticerques dans le cerveau? C'est ce que l'avenir peut seul nous apprendre : tout ce qui peut rendre, sur ce point, le pronostic un peu moins grave est que, d'après les exemples connus, les centres nerveux, le cœur même, sont assez complaisants pour ce genre d'entozoaire, et que les troubles déterminés par lui ne sont pas très-graves,

moins qu'un organe essentiel, tel que le bulbe ou la protubérance (ce qui est rare) soit atteint. C'est ainsi que A. Raynaud (Dict. en 30 vol., art. *Hydatides*, p. 138) t qu'il a observé à la Charité, dans le service de M. Chomel, un cas où plusieurs sticerques furent rencontrés dans le cerveau d'un individu, lequel, pendant la vie, avait offert aucun désordre des fonctions cérébrales. Le même auteur dit aussi 'il a recueilli dans le service de Lerminier, à la Charité, l'observation d'un made à l'autopsie duquel il trouva un cysticerque dans la substance charnue du cœur, cependant, pendant la vie, ce ver n'avait signalé sa présence par aucun trouble nctionnel de cet organe. Enfin, Fischer rapporte un fait où 23 cysticerques furent ncontrés dans le plexus choroïde d'un homme chez lequel la présence d'un aussi and nombre de ces vers n'avait déterminé, pendant la vie, aucun accident. Valleix a cite également plusieurs exemples.

XXXII

SOMMAIRE. — Greffes muqueuses, greffes animales : Transplantation de la conjonctive du lapin à l'œil humain. Greffes du vagin. — Des ankyloses vicieuses de la hanche : De l'opération de W. Adams, de la rupture du col produite par le chirurgien.

I. — Un nouveau cas de *transplantation de la conjonctive du lapin à l'œil d'une femme*, suivie de succès, vient d'être communiqué, par H. R. SWANZY, chirurgien oculiste et auriste de l'Infirmerie de Dublin, à la Société chirurgicale d'Ireland, le 7 janvier 1876 (*The medical Press and circul.*, 26 janvier 1876). C'est pour un exemple de rétrécissement cicatriciel du fond de l'orbite, empêchant l'adaptation d'un œil artificiel, que ce chirurgien a employé cette méthode, appliquée également par d'autres avant lui à certaines *difformités palpébrales,* à l'*ectropion* et surtout au *symblépharon*, résultant soit de traumatisme, soit d'ophthalmies granuleuses rebelles. On sait en quoi consiste ce curieux procédé.

Autrefois, dans le symblépharon, on se contentait, après avoir coupé ou enlevé les adhérences pour combattre leur nouvelle formation, d'introduire fréquemment un corps étranger (anneau) entre les surfaces cruentées, ou d'interposer une substance grasse entre elles; aujourd'hui, on a voulu recourir à la *greffe animale.*

C'est Wolfe (de Glascow) qui a, le premier, proposé la transplantation de la conjonctive du lapin, et, depuis, il a été imité, avec des résultats dont nous nous garderons bien d'exagérer l'efficacité, par A. Bucker (de Heidelberg), Wecker et Masselon à Paris, Dubrueil, également à Paris, et à l'hôpital Beaujon, et par d'autres chirurgiens français. Dans cette opération délicate, la portion de muqueuse à transplanter doit être beaucoup plus grande que celle dont on se sert dans la greffe dermique, car il faut recouvrir entièrement la surface cruentée avec cette nouvelle conjonctive; de plus, elle doit être maintenue au moyen de sutures. Wecker, dans le cas de symblépharon de la paupière inférieure, en appliqua 20, Wolfe et Becker 4 seulement; dans l'exemple de Swanzy, on fit 7 sutures; et l'auteur, dans sa Note, insiste sur la nécessité d'un plus ou moins grand nombre de ces points de suture, parce que le lambeau transplanté peut se déplacer dans les pansements ultérieurs.

A propos de deux cas où cette tentative semble avoir été couronnée de succès, Otto Becker (*Ann. d'oculist.*, nov.-déc. 1874, p. 219) va plus loin et pense qu'on peut même se servir, pour cette greffe, de conjonctive humaine prise soit sur l'œil du côté opposé, soit sur une autre personne qui consentira à cet emprunt *par per-*

suasion ou *pour de l'argent* (*Revue des sc. médic.* en France et à l'étranger, t. V, p. 703). Il croit toutefois que cette proposition ne peut être faite qu'à un sujet ayant un œil atrophié. Swanzy dit : à un ami dont l'œil a déjà été énucléé.

Illing (de Vienne), dans un cas, s'est servi de greffe prise sur la *muqueuse labiale* du malade et sur celle d'un *fellow-soldier;* dans un autre exemple de symblépharon partiel, c'est la *muqueuse vaginale* qui aurait été transplantée avec succès par ce chirurgien sur le cul-de-sac conjonctival. Toutefois, Otto Becker préfère de beaucoup, comme choix, la conjonctive du lapin, si facile à se procurer, parce que, au bout d'un certain temps, elle paraît se résorber complètement et être remplacée par un tissu muqueux qui a la plus grande analogie avec celui de l'œil humain. Cette résorption dont parle Otto Becker fut si complète dans l'exemple que nous avons vu opérer par Dubrueil à l'hôpital Beaujon, il y a quelques années, que l'ectropion, pour lequel avait été faite cette greffe, se reproduisit au bout d'un certain temps avec tous ses caractères, et que la malade ne recueillit aucun bénéfice de cette hétéroplastie.

Chez la malade de M. H. R. Swanzy, l'usage trop prolongé d'un œil artificiel imparfait avait déterminé la formation d'une bandelette de tissu fibreux s'étendant de la partie supérieure à la partie inférieure du grand angle de l'œil. Afin de prévenir les adhérences qui se seraient probablement établies après l'ablation de ce tissu de cicatrice, Swanzy voulut essayer de la transplantation de la conjonctive du lapin. L'animal ayant été anesthésié, il tailla, avec l'aide du docteur Fitzgerald, un lambeau de la conjonctive ayant un demi-pouce carré et qui, appliqué sur toute la surface cruentée, fut fixé par 7 points de suture. Le lendemain, une partie de ce lambeau présentait une coloration rose qui s'accentua et devint générale le dixième jour. Cette greffe était sensible et parfaitement reconnaissable après la guérison, qui permit à la malade une adaptation plus facile et sans douleur de son œil artificiel. Dans ses conclusions, l'auteur n'oublie pas le lapin, et dit que l'animal n'éprouva aucun inconvénient de la perte de sa conjonctive.

Ces greffes muqueuses peuvent être utilisées dans divers cas de chirurgie des organes génitaux, et cela de la manière que Reverdin emploie pour les greffes épidermiques et dermiques. C'est ainsi que le docteur Beigel (de Vienne) a pu, sur une ulcération étendue du vagin et du col utérin, transplanter des lambeaux de muqueuse vaginale pris dans la région saine, mais sans recouvrir cette fois la totalité de la surface ulcérée; ces greffes furent maintenues en place par de petits tampons. Dans un autre exemple de même nature, les greffes furent prises sur la peau de la face interne du bras de la malade. Dans ces deux cas, qui avaient obstinément résisté à tous les autres modes de traitement, le docteur Beigel put obtenir la guérison la plus complète des ulcérations.

II. — Depuis que W. Adams a fait connaître, au *meeting* de *Newcastle upon Tyne*,

en août 1870, sa méthode de division sous-cutanée du col fémoral dans les cas d'ankylose vicieuse de la hanche, plusieurs chirurgiens anglais, et *Jessop de Leeds* entre autres, l'ont répétée avec succès. Le *British med. Journ.* rapporte encore, dans le numéro du 29 janvier 1876, un nouveau cas des plus intéressants dans lequel Edward LUND, chirurgien à l'Infirmerie royale de Manchester, vient de pratiquer, avec un excellent résultat, *cette section sous-cutanée du col du fémur*, *de chaque côté*, *pour une ankylose vicieuse coxo-fémorale double*. Il s'agissait d'un homme de 20 ans, affecté de rhumatismes, et chez lequel une ankylose double s'était effectuée à *angle droit*, avec déformation considérable de la colonne dorsale. Cet exemple nous semble rappeler, d'après la description fournie par l'auteur, le cas dont le dessin a été reproduit dans nos livres classiques, qui fut opéré par Nélaton et Duval, et dans lequel l'ensellure était si considérable que, lorsque le malade était couché, la tête d'un homme adulte pouvait facilement se glisser entre la cambrure dorso-lombaire et la surface du lit.

Ewd. Lund essaya d'abord, chez ce jeune homme, le redressement brusque manuel, sous l'influence du chloroforme, et ne put parvenir à aucun résultat. Le 5 mars 1875, il se décida à avoir recours, *du côté gauche* d'abord, à l'*opération d'Adams*. Les chirurgiens étrangers qui actuellement pratiquent ces sections osseuses ne se servent plus de scie; un ou plusieurs coups de ciseau entament le tissu osseux qu'une pression énergique suffit à faire céder en achevant la fracture ; c'est là évidemment un grand progrès dans le manuel opératoire. Toutefois, Edw. Lund voulut s'en tenir scrupuleusement aux préceptes donnés par Adams et se servir comme lui, dans son opération, du *ténotome* et de la *scie étroite*. Il fit cette section sous le *nuage phéniqué* et avec toutes les précautions indiquées par Lister, et put achever en moins de neuf minutes. (Pansement avec linges imbibés d'un mélange de neuf parties de glycérine et d'une partie d'acide phénique.)

Vingt-quatre jours après, il administra le chloroforme, et, quand il vit les muscles en complet relâchement, il imprima des mouvements à la cuisse dans toutes les directions, de façon à déterminer une fausse articulation; il employa aussi l'extension avec des poids attachés à l'extrémité du membre.

Le 28 mai suivant, c'est-à-dire quatre-vingt-quatre jours après l'opération, voyant le grand bénéfice obtenu par le malade, qui pouvait déjà se servir de béquilles, ce chirurgien résolut de faire la même tentative *du côté droit*. Il fit la section du col, et de la même manière, juste au-dessus du bord supérieur du grand trochanter; les mêmes pansements antiseptiques furent appliqués, et le 18 juin la nouvelle plaie était entièrement cicatrisée; il imprima, le 25, des mouvements de flexion et de rotation au membre, après avoir chloroformisé le malade. Le 20 juillet, le malade pouvait s'asseoir facilement, le tronc restant bien perpendiculaire au siége dans cette position. Dans la Note qu'il nous fournit, Edw. Lund donne bien deux dessins repré-

ntant son malade, *après la guérison*, dans l'attitude rectiligne et assise; mais, omme terme de comparaison, il eût été indispensable d'avoir la reproduction exacte e l'attitude vicieuse des deux cuisses *avant l'opération;* c'est une lacune très-grettable et qui ne nous permet pas d'apprécier d'une façon rigoureuse le beau ésultat que semble avoir obtenu ce chirurgien.

Malgré les succès qui, depuis quelques années, viennent à l'appui de l'ostéotomie ous-cutanée, nous croyons cependant qu'il est plus sage, avant de recourir à cette éthode, de tenter, même après plusieurs reprises, dans les cas d'ankyloses vicieuses e la hanche, la rupture sous-cutanée soit des brides osseuses, soit du col du fémur : ous en avons rapporté tout récemment, dans l'une de nos *Revues*, un bel exemple mprunté au service de M. Tillaux (Lariboisière). En 1866 (*Leçons de clinique chirurg.*, professées à l'Hôtel-Dieu de Paris), M. le professeur Dolbeau produisait également la *fracture chirurgicale* du col du fémur sur une jeune fille de 18 ans, chez quelle une arthrite coxo-fémorale rhumatismale très-grave avait déterminé une ixation avec ankylose des plus vicieuses. C'est en exagérant le mouvement de exion, sans faire cependant un grand déploiement de force, qu'on a senti tout le embre céder brusquement avec un *craquement sec :* le col du fémur était rompu. ans ce cas, M. Dolbeau n'a pas tardé à imprimer à la cuisse quelques mouvements e flexion et d'extension dans le but de prévenir la consolidation de la fracture et e créer une fausse articulation. Le résultat a été des plus satisfaisants. Je le répète t le répéterai sans cesse, toutes choses égales, une fracture produite dans de semblables conditions est bien préférable à la meilleure des ostéotomies.

XXXIII

Sommaire. — Calcul des fosses nasales. — Quelques considérations sur la nature de ces calculs et sur les erreurs fréquentes de diagnostic auxquelles ils donnent lieu.

Voici un nouveau fait de *calcul des fosses nasales* à ajouter à ceux, au nombre de douze, que Demarquay a rassemblés en un mémoire publié en 1845 dans les *Arch. de méd.* (4e série, t. VIII). Il a été observé par nous dans le service de M. Tillaux, à Lariboisière, il y a quelques mois; depuis, ce calcul a été présenté à la Société de chirurgie.

Une femme de 67 ans entre à la salle Sainte-Jeanne pour un écoulement sanio-purulent très-fétide de la narine gauche, datant de plus de dix-huit mois. Le nez n'offre pas de déformation, mais une pression exercée sur le côté gauche détermine une douleur assez vive. La sonde, portée dans la narine correspondante et dirigée en haut vers la ligne médiane, rencontre une surface dure et non dépressible, que le chirurgien prend pour une *nécrose du vomer* peut-être symptomatique d'une syphilis ancienne. Pendant les quelques mois que la malade reste dans le service, on se contente de lui faire, dans la fosse nasale gauche, des injections détersives, en attendant que le prétendu séquestre se mobilise pour qu'on puisse en pratiquer l'extraction. Cette femme se fatiguant de son long séjour à l'hôpital, et une nouvelle exploration avec la sonde cannelée laissant reconnaître que le séquestre commençait à s'ébranler, M. Tillaux se décide à faire une tentative. A l'aide d'une longue pince à anneaux, il put assez aisément saisir et amener à l'extérieur un corps bien singulier, de la grosseur d'une toute petite noisette, extrêmement dur et sonore au contact métallique, de coloration noire, hérissé de pointes, de crêtes ou d'aspérités sur toute sa surface globuleuse parsemée de taches grises, et représentant assez bien ce que les charbonniers appellent la *mâchure de fer*.

La section en deux moitiés longitudinales fut pratiquée à l'aide d'une scie qui eut de la peine à entamer ce corps, tant il était compact et dur; elle démontra qu'il était constitué à l'extérieur par une écorce noire comme la mine de plomb, représentant des couches concentriques brunâtres et adhérant intimement à un *noyau de cerise*, qui formait le centre dans l'intérieur duquel se trouvait un putrilage, vestige de l'ancienne amande. La poussière, résultant de la section de ce calcul, était d'une fétidité repoussante.

La malade ne put donner aucun renseignement sur la présence, dans la fosse nasale, de ce corps étranger transformé en calcul par le dépôt de matière calcaire à sa périphérie; aussi M. Tillaux a-t-il supposé, avec quelque raison, que c'était pendant l'acte du vomissement que ce noyau de cerise s'était introduit d'arrière en avant dans la cavité nasale pour y séjourner pendant près de deux ans.

L'extraction de ce corps fut accompagnée d'écoulement de sang; mais, au bout de quelques jours, la malade était complétement guérie et ne ressentait plus dans le nez ni gêne ni incommodité quelconque.

Les calculs des fosses nasales sont de deux espèces :

Les uns, développés spontanément, représentent de véritables calculs, les *rhinolythes* proprement dits de Graefe et sont de beaucoup les plus rares; ils se distinguent des suivants, en ce sens qu'ils se développent parfois et restent placés sous la muqueuse pituitaire. Erichsen (t. II, p. 322), le seul auteur qui leur assigne cette situation, en a disséqué deux cas de cette espèce, qui avaient le volume d'un noyau de cerise et se trouvaient logés, chez des enfants, sous la muqueuse de l'aile du nez. Ils présentent, en général, l'aspect des calculs muraux et sont analogues aux phlébolythes.

Nous croyons, toutefois, devoir élever bien des doutes sur leur naissance véritablement spontanée, et les exemples de *rhinolythes simples* qui nous ont été légués par Mathias de Gradi, Panarolus, Bartholin, Wepfer, Plater, etc., ne sont peut-être que des amas de matières concrescibles qui sont venus se juxtaposer en couches concentriques autour de petits corps étrangers (formant noyau) ayant échappé à l'œil de l'explorateur, tels que mucosité desséchée, grain de tabac, parcelle de poussière, etc. Rentrant alors dans la seconde variété de calculs, ils se confondraient intimement avec elle. Cependant, dans le cas de Blandin cité dans le mémoire de Demarquay, outre la tumeur principale qui avait pour centre un noyau de cerise, on trouva, à ce qu'il paraît, un certain nombre de rhinolythes regardés comme réellement simples et qui furent extraits séparément.

Les autres, de beaucoup les plus communs, sont constitués par des corps étrangers introduits dans ces cavités et représentent un centre ou noyau autour duquel se sont faits des dépôts calcaires (phosphates, carbonates et oxalates de chaux, de magnésie, de soude, chlorure de sodium, etc.).

Le plus souvent c'est, comme dans l'exemple que nous avons cité en commençant, un *noyau de cerise* (cas de Blandin, cas de Pury, *Abeille méd.*, 1846, p. 116). Nous avons observé une jeune fille qui, à l'âge de 8 ans, s'était introduit dans la fosse nasale gauche une *dent de lait* qu'elle venait de s'arracher; cette dent, qui y était restée pendant sept années, sortit spontanément au moment où cette jeune fille se mouchait; elle était entourée d'une croûte calcaire épaisse et dure comme de la pierre, et était extrêmement fétide.

Dans l'observation de M. Verneuil (Soc. chir., 11 mai 1859), on a trouvé comme noyau un *pépin de raisin*, et Ruysch (*Obs. anat.*, XLIV, t. I, p. 42, 1837) rapporte un fait curieux intitulé : *Succini globulus diu in naribus hærens topho obductus*, dans lequel une jeune fille garda pendant neuf ans, dans la narine, une grosse *graine de succin*, dont il représente le dessin, et qui sortit, entourée de matière pierreuse, dans l'acte de l'éternument. Enfin M. Mascarel a publié, dans les *Bulletins* de la Soc. de chir. (15 oct. 1851) une observation bien curieuse dans laquelle, à la suite d'un coup de corne de taureau reçu sur le côté droit du nez, le cornet inférieur a servi, comme *séquestre*, de noyau à un calcul nasal de plus de 3 centimètres, resté dans la cavité pendant près de sept ans.

Tous les calculs de cette nature ont cela de particulier, comme celui qui a été extrait par M. Tillaux, d'être irrégulièrement hérissés de crêtes, de rugosités, d'aspérités plus ou moins aiguës qui s'enchevêtrent dans la muqueuse pituitaire (de là l'écoulement sanguin quand on en pratique l'extraction), d'avoir la plupart du temps une consistance très-dure, réellement pierreuse, surtout quant ils ont fait un séjour extrêmement long dans la fosse nasale (vingt ans dans l'observation de M. Verneuil), et d'être de couleur noire ou tout au moins gris sale (mine de plomb), quelquefois jaune d'ocre.

L'histoire de ces calculs est certainement remarquable à plus d'un titre, mais surtout eu égard aux erreurs fréquentes de diagnostic auxquelles ces productions ont donné lieu. Il ne pouvait guère en être autrement; l'absence complète de renseignements, l'ignorance ou tout au moins l'oubli dans lequel se trouve la personne elle-même sur la présence du corps étranger; car, souvent, il y a bien longtemps que l'introduction a eu lieu; la possibilité de cette introduction par l'arrière-cavité des fosses nasales dans l'acte du vomissement, la tendance que le chirurgien, consulté pour un écoulement fétide des narines, a de l'expliquer par l'existence, soit d'une affection scrofuleuse, soit d'ulcérations syphilitiques, toutes ces conditions suffisent à expliquer la fréquence des méprises et des erreurs de diagnostic en matière de calculs des fosses nasales.

La plupart du temps, le chirurgien explorant la fosse nasale avec un stylet métallique et rencontrant un corps dur et sonore, croit à un séquestre, soit d'un cornet, soit du vomer suivant la position qu'affecte ce corps. C'est cette erreur qui est consignée dans presque toutes les observations de ce genre qui sont relatées dans la science, et qu'il était absolument impossible d'éviter, à cause du manque absolu de commémoratifs, comme dans le fait que nous avons tiré du service de M. Tillaux. Un des exemples de ce genre les plus curieux est celui qui a été rapporté par M. Lemaistre, et qui se trouve dans les *Bull.* de la Soc. anat., p. 632, 1874. Il s'agissait d'un homme entré à l'hôpital pour une bronchite et qui était affecté d'ozène. L'exploration rhinoscopique fit reconnaître à la partie supérieure de la cloison un corps

noir, dur, légèrement mobile, qui fut considéré comme un *séquestre* et extrait facilement à l'aide d'une pince. On constata alors que ce prétendu séquestre n'était autre chose qu'un *morceau de plomb provenant de la chemise d'un obus*, et ayant 3 centimètres de diamètre dans tous les sens. Le malade raconta alors qu'à une bataille livrée par l'armée de la Loire en 1870, un obus était tombé non loin de lui ; à ce moment, il avait senti quelque chose le frapper au visage et il avait saigné au nez. Depuis lors, il avait toujours eu de la peine à respirer par le nez, et il se plaignait d'un écoulement sanieux continuel. Ce fragment avait pénétré dans le nez sans produire de plaie extérieure et s'était logé à cheval sur la cloison, après l'avoir perforée. Cette observation me rappelle celle de Nélaton et consignée dans mon *Mémoire sur les plaies par armes à feu*, d'un soldat ayant rendu par la bouche une balle qui s'était introduite par le nez, sans produire d'autre délabrement qu'une légère déchirure de la muqueuse pituitaire.

Dans le cas de M. Verneuil, des douleurs revenant par accès très-intenses et avec une intermittence remarquable en avaient imposé, au début, pour une *névralgie faciale*. Pendant la durée de l'accès, le nez rougissait ainsi que les parties attenantes, et un sentiment de brûlure, accompagné d'élancements, se faisait sentir dans la profondeur de la face, avec coryza, larmoiement, etc. ; dans les intervalles, la rémission était parfois assez complète.

Quelque simple que paraisse l'extraction de ces calculs, elle peut cependant entraîner dans son exécution certaines difficultés, certains accidents qui tiennent à la profondeur où il est situé, à l'engrènement de ces aspérités avec les anfractuosités de la pituitaire qui se trouve inévitablement déchirée au moment de l'opération, enfin au volume considérable du corps étranger. Relativement à ce dernier caractère, Thomas Bryant (*The Practice of surgery a manual*, p. 129) dit que dans certains cas rares on a pu broyer la concrétion avant d'en faire l'extraction. C'est, en effet, la conduite qu'a tenue M. Verneuil dans l'observation que nous avons déjà citée, et cela de quinze jours en quinze jours ; en quatre séances de broiement, la malade put être entièrement débarrassée de son calcul, qui était primitivement beaucoup trop volumineux pour passer par l'ouverture des narines. Nous ne connaissons guère que ce seul exemple où le chirurgien ait songé à appliquer la *lithotritie nasale*.

XXXIV

Sommaire. — De l'extraction, par l'anse métallique, des calculs arrêtés dans l'urèthre. — De l'insufflation rectale employée comme moyen de réduction des hernies. — Nouvelle manière de corriger l'incurvation congénitale du pénis chez les hypospades.

I. De l'extraction, par l'anse métallique, des calculs arrêtés dans l'urèthre. — L'extraction des calculs engagés et arrêtés dans l'urèthre est souvent d'une exécution fort difficile : c'est là une vérité qui trouve certainement sa consécration dans le nombre considérable d'instruments inventés à ce sujet et dans les appréciations à peu près identiques des chirurgiens qui ont été aux prises avec un semblable accident. Quoi qu'il en soit, l'arrêt d'un calcul dans l'urèthre exige le plus souvent une intervention immédiate; car il peut déterminer des douleurs vives, faire naître des symptômes fébriles graves, et même être la cause d'oblitération complète du canal et, par là, de rétention d'urine.

Sous le nom de *Méthode simple d'extraction de calculs arrêtés dans l'urèthre*, M. J. C. Ogilvie Will M. D., chirurgien assistant à l'Infirmerie royale d'Aberdeen, publie dans *The Lancet* (13 mai 1876) une observation intéressante dans laquelle il a pu pratiquer l'extraction d'un de ces calculs, légèrement aplati, à l'aide de l'*anse métallique* d'un fil d'argent introduite dans l'urèthre et poussée derrière le corps. La difficulté, comme dit l'auteur, n'est pas d'engager le calcul dans l'anse, mais de l'y maintenir, surtout s'il est de petite dimension : aussi, dans bien des cas, le fil de métal n'est-il pas suffisant, comme dans l'exemple qu'il rapporte, et y joint-il une *canule*, véritable gaîne dans laquelle se trouvent engagés les deux chefs de l'anse, et qui vient buter contre le calcul; une fois cette canule en place, les extrémités du fil sont tordues autour des anneaux qui en terminent l'extrémité libre, et, en retirant tout l'appareil au dehors, on entraîne le gravier. L'auteur dit, avec raison, qu'on peut fabriquer, séance tenante, une canule *ad hoc* en coupant transversalement l'extrémité d'une sonde métallique.

A lire l'observation publiée par M. Ogilvie Will, et les quelques considérations pratiques dont il la fait précéder et suivre, on pourrait croire à une méthode complétement neuve et imaginée pour la circonstance par ce chirurgien; cependant, l'idée d'extraire un calcul uréthral en l'entourant d'une anse métallique est loin d'être nouvelle, puisque Sabatier dit (*Méd. opérat.*, t. II, p. 135, 1796) à ce sujet : « Dans le

cas où la pierre est parvenue jusqu'au voisinage du gland, on peut essayer de la tirer au dehors avec des pincettes appropriées ou *avec un fil d'argent plié* en deux, dont on fait glisser l'anse jusqu'au delà du lieu que ce corps occupe. » autre part, M. Reliquet, dans son *Traité des voies urinaires*, p. 583, décrit tout long cette méthode, que M. Bourdillat retrace également dans sa thèse inaugu- e de 1870, *Sur les calculs de l'urèthre et des régions circonvoisines* chez l'homme la femme.

Qui ne se souvient, du reste, de l'*anse de Marini?* M. Ancelet, il y a quatre ans *ulletin méd.* de l'Aisne, 1872), en présence d'un calcul de l'urèthre, fabriqua ance tenante, avec le mandrin de sa sonde de femme, une anse qui, introduite ns le canal, put énucléer le gravier comme par enchantement.

Voilà donc un point déjà bien établi, c'est que ce procédé est connu et employé puis longtemps par les chirurgiens français. Maintenant, est-il aussi excellent e veut bien le dire M. Ogilvie Will et d'*une application presque universelle*, non- ulement pour les calculs arrêtés dans le canal, mais pour les autres corps étran- rs venus de l'extérieur? Nous ne saurions, pour notre part, être aussi affirmatif e lui; car, avec l'anse métallique comme avec la curette de Le Roy (d'Étioles) ou pince de Hales ou de Hunter, on a pour but de retirer le calcul tout d'une pièce, qui a le grave inconvénient de produire sur la muqueuse uréthrale des excoria- ns et même des déchirures assez profondes. Aussi pensons-nous que l'anse métal- ue, qui peut certainement, dans certains cas, trouver son application en fait de avier, surtout de petite dimension, arrêté dans l'urèthre, ne saurait être employé ec succès pour tous indistinctement : nous croyons que, dans ceux où le calcul t volumineux, il serait peut-être plus prudent d'essayer de le fragmenter sur place, it avec l'ingénieux *brise-pierre uréthral* de M. Reliquet, soit avec celui de Civiale.

II. De l'insufflation rectale dans la réduction des hernies. — Attribuant à ngouement gazeux la cause de l'irréductibilité des hernies étranglées, O'Beirn fut giquement conduit par sa théorie à conseiller, contre cet accident, de vider les testins des gaz qu'ils renferment, et pour cela il introduisait par le rectum une ngue sonde œsophagienne.

M. A. M. Sculthorpe fait tout le contraire de ce que voulait O'Beirn : non- ulement il ne retire pas les gaz des intestins, mais il cherche à les gonfler le plus ssible, pour que leur excessive dilatation exerce une traction salutaire du côté de nse irréductible. C'est là une méthode quelque peu excentrique, je l'avoue, mais i n'est pas non plus nouvelle (*Nil novi sub sole*); car elle nous a été transmise par ppocrate; de plus, je ne la crois pas d'un caractère excessivement pratique. Mais, aiment, la manière de procéder du docteur Sculthorpe est si originale, que je ne is résister au désir de donner un court résumé de l'observation qu'il relate dans

The British medical Journal (13 mai 1876), sous le titre fort attrayant de *Cas de hernie inguinale étranglée réduite par une nouvelle méthode*.

Il s'agit d'une dame de 60 ans, portant sa hernie depuis sept ans, et qui la maintenait bien régulièrement réduite à l'aide d'un bandage. Le 19 avril dernier, en travaillant dans sa fabrique, elle fit un effort et sentit son brayer se déplacer. Au bout de quelques heures, elle est prise de vomissements et de douleurs abdominales vives; en un mot, de phénomènes d'étranglement. Une purgation ne donna aucun résultat, et le taxis ne fut pas suivi de succès. Quand M. Sculthorpe la vit, le 20, il y avait eu un vomissement fécaloïde, et la hernie, dure et grosse comme une noix, fut rebelle aux nouvelles tentatives de taxis qu'il fit; les symptômes d'étranglement, qui dataient de trente-six heures, allaient en augmentant et exigeaient une prompte intervention.

Il eut l'idée, avant de recourir à la kélotomie, d'essayer l'application du froid par la pulvérisation d'éther et proposa, comme adjuvant, si on échouait, l'*insufflation des intestins au moyen d'un soufflet ordinaire*. Après avoir soulevé le bassin à l'aide de trois oreillers durs, en laissant le tronc plus bas, il tenta encore le taxis, mais sans succès. Il eut recours alors à la pulvérisation d'éther, qui détermina une coloration blanche de la région inguinale, par suite de la diminution de la stase sanguine; le taxis fut aussi pratiqué, et cette fois, après quelques instants, une petite portion du contenu du sac rentra, mais la plus grande partie resta irréductible; c'est alors que, prenant un *soufflet* rempli d'air, il en introduisit l'extrémité, bien huilée préalablement, *per anum*, en même temps qu'il continuait la pulvérisation d'éther et le taxis. Une fois le soufflet vidé lentement, de l'air qu'il contenait, dans l'intestin, il n'en écarta pas les valves sur place; il le retira, le remplit d'air à nouveau, en introduisit encore l'extrémité dans l'anus, et recommença la même manœuvre. A quatre reprises différentes, le soufflet fut rempli à l'extérieur, puis vidé de son air dans l'intestin, qui se gonfla considérablement (on le comprend sans peine). Une légère pression et manipulation suffit alors pour réduire la hernie en totalité : on avait affaire à la variété oblique, devenue probablement directe par le fait de l'âge de la malade.

M. Sculthorpe ajoute, avec raison, que l'idée de l'emploi de l'éther pulvérisé, dans le cas d'étranglement herniaire, n'est pas nouvelle; mais que c'est la première fois que ce moyen a été mis en usage conjointement avec l'insufflation; il est persuadé cependant que l'éther seul eût été insuffisant pour permettre la réduction de la hernie.

Selon lui (mais je crois qu'il s'illusionne à cet égard), ce genre d'insufflation serait souvent mis en pratique en France; car il se rappelle l'avoir vu appliquer, il y a quelques années, dans notre pays. Je dois dire, à cet égard, que c'est contre l'invagination intestinale et non dans l'étranglement herniaire, comme l'avance

l'auteur, que quelques praticiens français ont essayé, parfois avec succès, l'insufflation d'air forcée dans le rectum. Fondant les meilleures espérances sur cette méthode, il espère que bon nombre de patients pourront désormais échapper à une opération aussi dangereuse que l'est la kélotomie, grâce à ce moyen de traitement, qui est, dit-il, aussi simple que rationnel. Pour facile, il l'est incontestablement, j'en conviens; mais est-il aussi rationnel que veut bien le dire l'auteur? J'en doute fort. De plus, pour une *lady* surtout, il avouera que c'est une méthode un peu.... *shocking*.

III. Opération simple ayant pour but de corriger l'incurvation congénitale du pénis chez les hypospades. — On sait quelle est la gêne, quel est l'obstacle même apporté par l'incurvation de la verge des hypospades au coït et, par suite, à la fécondation : c'est uniquement en vue de redresser la verge, et de lui permettre de remplir avec plus de chance de succès ses fonctions génératrices, que M. Furneaux Jordan, professeur de chirurgie au Collége de la Reine (Birmingham), décrit in *The Lancet* (29 janvier 1876) le procédé suivant, qu'il a mis en pratique avec quelque succès sur un malade de son service atteint d'hypospadias au troisième degré :

Il enlève, par deux incisions qui se réunissent en forme de coin, une *tranche* (*slice*) des tissus du centre de la face dorsale du pénis, y compris le corps caverneux; rapproche, à l'aide de quelques points de suture, les bords de cette perte de substance, et se contente de maintenir la verge fortement relevée sur la paroi antérieure de l'abdomen. Il obtint, dit-il, à propos du fait qu'il relate, un excellent résultat; car le malade quitta au bout de quinze jours l'hôpital, en affirmant que, pendant l'érection, la verge *était tournée en haut*, *au lieu de l'être en bas*, comme cela existait avant l'opération.

Cette opération, au point de vue de la rectitude ultérieure de la verge, peut être de quelque utilité; mais l'érection y gagnera-t-elle toujours bien réellement, comme le dit M. F. Jordan? C'est un résultat dont nous doutons encore. On sait en effet que, chez les hypospades à un degré un peu avancé, l'érection est par elle-même très-imparfaite. Bouisson dit que, chez les sujets présentant le dernier degré de cette déformation, l'érection, sans être tout à fait nulle, ne se produit cependant que d'une manière incomplète ou insuffisante. Or, dans le procédé de M. F. Jordan, le chirurgien enlève une partie du corps caverneux, et ce n'est pas là, il me semble, une bonne manière d'augmenter les chances de l'érection. Toutefois, la seule observation présentée par le chirurgien de Birmingham nous montre que ces fonctions n'ont pas été amoindries.

Dans sa description, l'auteur ne parle que des services que son procédé peut rendre à l'acte générateur; cependant, la miction vaut bien la peine qu'on s'en

occupe, et ce chirurgien ne nous en dit pas un mot. Le redressement a dû probablement avoir sur l'urination une heureuse influence; car nous savons que, pour ne pas être obligés de « *pisser en croupeton*, » comme dit Guillemeau, les hypospades dans cet acte, sont obligés de relever fortement leur verge.

Je ne crois pas toutefois que cette opération, qui n'est tout au plus que palliative se vulgarise; car les bénéfices que les malades peuvent en retirer, quand elle réussit, ne sont pas comparables à ceux que donnent les procédés autoplastiques de MM. Duplay et Anger, qui reconstituent le canal en entier, et s'adressent par conséquent à la fois à la miction et à l'acte générateur.

XXXV

MMAIRE. — Fracture de côte de cause interne. — Orchite suite de cathétérisme, suppuration de la vaginale, incision, fongus bénin du testicule, guérison.

Le service chirurgical de l'HÔPITAL TEMPORAIRE, qui m'est actuellement confié, présenté depuis un mois une série de cas qui me semblent pouvoir prêter à verses considérations pratiques ne manquant pas d'un certain intérêt; deux d'entre x feront l'objet de ma Revue d'aujourd'hui :

1° *Fracture de côte produite par la toux chez un peintre.* — Il s'agissait d'un mme de 56 ans, atteint de phthisie au troisième degré (poumon droit), et arrivé au rnier terme de l'émaciation et de la cachexie tuberculeuse la plus complète.

Dans un accès de toux, il perçut, au côté gauche du thorax et à sa base, une douur subite, mais cependant peu intense, sans aucune sensation de craquement, et qui ailleurs ne fut suivie d'aucun trouble plus marqué de l'appareil respiratoire : cet mme fut transporté du service de M. Hayem dans le nôtre, et nous pûmes facileent constater par la palpation, en raison de la maigreur du sujet, une fracture mplète de la onzième côte vers la partie moyenne : la mobilité des deux fragments ait très-accentuée à la moindre pression, et la crépitation des plus manifestes et ssentie par le malade lui-même à chaque exploration. Aucun accident, du ste, au point de la solution de continuité, aucune complication du côté gauche de poitrine. Toutefois, au bout de quelques jours, une poussée aiguë se manifesta ans les deux tiers supérieurs du poumon droit; le malade succomba, et l'autopsie ous fit voir que nous avions affaire à une fracture transversale non dentelée dont aque fragment présentait un léger renflement à son extrémité libre.

Les fractures de côtes de cause interne, c'est-à-dire résultant d'une contraction usculaire violente, sont chose assez rare, et se trouvent à peine consignées dans s auteurs classiques. Malgaigne a pu cependant en réunir huit cas, et Nélaton en observé un neuvième sur un sujet offrant, comme notre malade, tous les signes de diathèse tuberculeuse. Dans deux autres faits plus récents, on avait affaire, non us à une solution de continuité de l'os lui-même, mais à une fracture d'un cartigc : c'était le sixième chez un un maçon observé par M. Chabrier (*Union méd. de Seine-Infér.*, n° 9, 1864), qui, pour éviter l'éboulement d'un mur, fit un mouve-

ment soudain en fléchissant rapidement la tête et le corps pour les mettre en dehors de la ligne décrite par le mur; ce fut le dixième cartilage qui se rompit pendant l'acte de l'éternument dans l'observation du professeur Podrazki consignée dans *Oesten. Zeitsch. f. prakt. heilk*, n° 44, 31 oct. 1873. En pareil cas, ce sont les vieillards, dont les cartilages sont ossifiés, qui y paraissent le plus prédisposés.

Le plus souvent c'est dans un accès de toux ou pendant l'éternument que se produit cette variété de fracture de côte. Erichsen dit en outre, dans son *Traité de chirurgie*, qu'on en a vu se rompre par la contraction violente des muscles abdominaux qui accompagnent les efforts de la parturition.

N'existe-t-il pas, parfois, chez les malades un vice constitutionnel retentissant naturellement sur l'état anatomique du squelette et qui puisse favoriser le développement de ces fractures? Dans les solutions de continuité osseuses dites spontanées, l'influence de la syphilis, de la scrofule, de la goutte est regardée comme assez probable par nos auteurs; mais ces derniers gardent un silence absolu relativement à l'influence *saturnine*. M. Renault, dans sa thèse d'agrégation, indique bien le *saturnisme* comme pouvant être la cause de lésions osseuses, telles que carie et nécrose; quant aux fractures, il n'en dit mot.

Or, nous ferons remarquer ici, sans rien préjuger toutefois, que le sujet de notre observation exerçait la profession de peintre en bâtiments, possédant le liseré gingival révélateur, et que, par une coïncidence assez bizarre, un autre peintre, couché dans le lit voisin, et entré également dans notre service pour une fracture de l'extrémité inférieure du radius, avait présenté pendant sa vie jusqu'à dix-huit fractures.

S'il est acquis que, sous l'influence plombique, il se fait pour les nerfs, les muscles, les reins, une dégénérescence des éléments propres qui s'atrophient, tandis que le tissu interstitiel devient le siége d'une prolifération plus active, ne peut-il en être de même pour le squelette? C'est une question d'une certaine importance, mais qui ne peut être jugée que par le nombre des faits et surtout les nécropsies. Or, je me hâte d'ajouter que, chez mon malade, l'examen chimique de diverses côtes n'a démontré, dans l'intérieur du tissu osseux, aucun dépôt plombique, ce qui tendrait à laisser croire que, s'il existait, dans ce cas, une friabilité plus grande des côtes, on devrait plutôt l'attribuer à l'état de *consomption* extrême auquel cet homme était parvenu, et qui avait retenti sur le squelette aussi bien que sur les autres tissus de l'économie.

2° *Orchite suite de cathétérisme répété. Suppuration de la vaginale. Incision. Fongus bénin du testicule. Guérison.* — Que doit-on entendre par *fongus du testicule?* Sous ce nom, très-simple en apparence, et qui semblerait au premier abord pouvoir se passer de toute définition, les auteurs, loin d'être d'accord, ont décrit les

meurs les plus disparates, voire même des néoplasmes de bénignité bien douse qu'on doit se garder de comprendre sous cette dénomination.

Lawrence, A. Cooper et Curling (en Angleterre) avaient déjà cherché à restreindre champ trop vaste de cette affection et en avaient retracé les principaux caractères; ais c'est surtout à Jarjavay (*Arch. de méd.*, 1849) et aussi à Deville que nous dens d'avoir donné du *fongus bénin* une description nette, et d'avoir contribué à re disparaître l'obscurité qui régnait depuis longtemps sur sa véritable nature.

Le fait prédominant sur lequel doit se fixer l'attention, quand on entend parler fongus bénin du testicule, le fait anatomo-pathologique qui précède invariablement et de toute nécessité ce fongus, est l'existence d'une solution de continuité rotale, soit spontanée *par suite d'ulcération*, soit traumatique *accidentelle* ou *chirgicale :* à travers cette plaie apparaît le testicule, en partie ou en totalité, recourt ou non de sa tunique albuginée, et à la surface ou dans la profondeur duquel se nt développés des produits soit inflammatoires (végétations, bourgeons charnus, anulations), soit tuberculeux.

Il y a donc *hernie du testicule*, comme l'a très-bien dit Deville dans son remarable mémoire publié dans le *Moniteur des hôpitaux* de 1853, p. 23 et suivantes; si cette hernie est simple, c'est-à-dire s'il ne vient pas s'y ajouter d'autres proits qui masquent plus ou moins l'aspect de la glande séminale, nous pouvons en la regarder comme représentant le *véritable fongus bénin du testicule.* Or, c'est cette dernière variété que nous avons eu affaire dans le fait suivant, qui s'est prénté à nous à l'hôpital Temporaire, et dont voici le résumé :

Un vieillard de 62 ans est pris subitement de rétention d'urine de cause trèsobablement prostatique. Il appelle un médecin, qui le sonde et répète le cathétésme, très-facile du reste, un certain nombre de fois. Pris d'orchi-épididymite uche à la suite du passage réitéré de l'algali, il entre à l'hôpital Temporaire, où . Lucas-Championnière, qui m'avait précédé, lui fit deux ou trois ponctions de la ginale à l'aide de la lancette; il sortit surtout du sang, au dire du malade, et peu sérosité. Cependant les phénomènes inflammatoires ne s'amendaient pas; la douur, l'œdème et la rougeur s'accentuèrent, et la partie antérieure du scrotum me vélant de la fluctuation, je ponctionnai avec le bistouri : il s'échappa une petite antité de pus, ce qui soulagea le malade pour quelques jours; toutefois, les sympmes phlegmasiques continuèrent, et une nouvelle fluctuation, accompagnée de ouleurs très-vives à la pression, me força à passer un drain à travers la vaginale ppurée (car il n'y avait pas de doute, eu égard au siége de la maladie). Nouveau ulagement, mais qui ne fut encore que momentané ; c'est alors que je me décii à pratiquer avec le bistouri, sur le scrotum, une ouverture assez large intéressant cavité suppurée de la tunique vaginale.— A partir du moment où fut pratiquée cette cision, il y eut accalmie complète dans les troubles inflammatoires; mais le len-

demain nous constatâmes, faisant saillie à travers les lèvres de l'ouverture scrotale une petite tumeur arrondie, grosse comme une noisette, et qui n'était autre que le testicule lui-même, dont la tunique albuginée, légèrement granuleuse, s'était détruite par le fait même de l'inflammation, et laissait échapper une portion de la substance tubuleuse, bien réellement herniée. — Nous jugeâmes à propos de ne rien tenter contre cette procidence dont la réduction était impossible, et de laisser la nature faire tous les frais de la réparation. Bien nous en a pris ; car, les jours suivants, les lèvres de l'incision, se rapprochant d'elles-mêmes par le fait de la cicatrisation étranglèrent la base de cette hernie testiculaire et en déterminèrent la mortification. — Le malade sortit guéri de l'hôpital avec une petite cicatrice scrotale adhérente à ce qui restait de la glande séminale gauche.

Nous trouvons, dans les *Bulletins* de la Société de chirurgie (20 avril 1859), une observation intitulée aussi : *Fongus bénin du testicule*, remise par le docteur Langlebert à Jarjavay, et qui offre avec notre exemple une grande analogie. Il s'agit d'un jeune homme de 30 ans qui, n'ayant jamais eu ni chancre ni aucun autre symptôme de la syphilis, avait depuis six ans une blennorrhagie chronique, lorsqu'il fut pris d'épididymite chronique, guérie au moyen du traitement antiphlogistique. Plus tard, sans cause connue, ce malade vit son testicule doubler de volume ; il y éprouva une douleur très-vive, en même temps le scrotum devint très-rouge, et il fut obligé de garder le lit. Il ne tarda pas à se développer une tumeur fluctuante, qui fut incisée, et la *pulpe du testicule* vint bientôt faire saillie à l'extérieur. Mais voici en quoi cette observation diffère de la nôtre : Chez notre malade, nous nous sommes contenté d'appliquer des compresses glycérinées et d'attendre que la boutonnière formée par les deux lèvres de l'incision pratiquée étranglât et mortifiât la partie herniée tandis que le chirurgien, dans ce dernier exemple, après avoir exercé la compression sur la tumeur sans être parvenu à la réduire, en excisa la pulpe du testicule qui faisait saillie.

Nous voyons donc, par l'exposé précédent, que la variété la plus simple du *fongus bénin* n'est guère, en réalité, qu'une hernie du testicule partielle ou totale ; mais il n'en est pas toujours ainsi, et à cette hernie, qui est le caractère fondamental de toute espèce de fongus, il peut venir s'ajouter, soit sur le testicule, soit dans sa profondeur, d'autres produits, masses fongoïdes inflammatoires ou tuberculeuses qui en augmentent certainement la gravité, ou tout au moins en rendent la guérison plus longue et plus difficile, le chirurgien étant obligé d'intervenir.

Le docteur Clément Romano (*Il Morgagni*, fasc. 4, 5 et 6, pp. 297 et 403, 1873) dans un travail intitulé : *Du fongus bénin et d'autres néoplasmes du testicule* qui prennent la forme d'excroissances fongoïdes, dit avec raison que cette masse fongoïde assume parfois les caractères histologiques assignés aux *granulomes du testicule*. Il ajoute, et en cela sa description me semble entièrement calquée sur celle

u'a donnée Jarjavay, que ce granulome a pour siége tantôt la tunique albuginée, antôt le parenchyme glandulaire. Sauf le mot de *granulome*, qui n'était pas encore nventé il y a seize ans, toute cette physiologie pathologique appartient en propre à arjavay, qui a décrit deux formes : l'une, *fongus superficiel*, constituée par des égétations reposant sur l'enveloppe albuginée; l'autre, *fongus parenchymateux*, ue Deville a refusé d'admettre, bien à tort, prenant naissance dans le tissu propre e l'organe qui fait saillie au dehors à travers une perforation de l'enveloppe fibreuse e l'organe séminal. Les mots peuvent changer, se perfectionner, les faits restent es mêmes, et ce sont à eux seuls que nous devons nous attacher : il faut donc endre à..... Jarjavay ce qui appartient à..... Jarjavay; car lui seul avec Deville a u l'honneur de bien déterminer ce qu'on doit regarder comme fongus bénin et de ébrouiller le chaos qui existait avant lui sur ce sujet.

XXXVI

Sommaire. — De l'emploi du thermo-cautère dans l'ablation des tumeurs.

Permettez-moi, Messieurs, de vous entretenir quelques instants de deux malades atteints de carcinome du cou et de la face, et opérés par moi, l'un à l'hôpital Temporaire, où je fais actuellement le service; l'autre en ville.

Dans les deux cas, je me suis servi, et, je le dis par avance, avec grand avantage, du *thermo-cautère* du docteur Paquelin : à propos du second de mes malades, je vous exposerai brièvement une petite modification que j'ai jugé à propos d'apporter dans le manuel opératoire de la résection du maxillaire inférieur.

Le premier fait est relatif à un vieillard de 72 ans, affecté d'une *tumeur de la région parotidienne* droite, dont le début remontait à trois années environ; il fut opéré une première fois, mais incomplétement, par un praticien de province. Aussi la récidive, ou plutôt la repullulation du mal ne tarda-t-elle pas à se manifester. Il vint à Paris, où je l'envoyai du Bureau central à l'hôpital Temporaire.

La tumeur avait le volume d'un gros œuf, et descendait presque jusqu'au milieu de la partie latérale du cou; elle se trouvait plaquée sur la région carotidienne de ce côté : ulcérée en plusieurs endroits, elle donnait lieu à des hémorrhagies intermittentes, mais assez répétées pour devenir préjudiciables au malade : une sanie ichoreuse s'écoulait par les points ulcérés.

Voici comment j'exécutai cette opération, qui ne laissa pas que d'être très-laborieuse, en raison de la profondeur à laquelle pénétraient les racines du mal : Je commençai par circonscrire la tumeur en haut, en avant et en arrière, à l'aide du couteau thermo-cautère, chauffé au rouge sombre pendant toute la durée de l'opération. En avant, je dépassai le bord postérieur du masseter; en arrière, j'incisai jusqu'au trapèze et au delà : dans ce premier temps, au moment où je me trouvai en pleine parotide, je m'aperçus que j'avais sectionné, et à blanc, un vaisseau artériel fort volumineux. Je l'examinai avec soin, et je constatai que j'avais affaire à l'artère *carotide externe, qui avait été divisée par le couteau thermo-cautère sans donner une goutte de sang*. Allant de plus en plus profondément, j'arrivai jusqu'à la paroi latérale du pharynx, où je m'arrêtai, ayant atteint les limites du mal.

La dissection en bas et en dedans, au niveau de la région carotidienne, fut encore

plus laborieuse : muscles sterno-mastoïdien et styliens furent coupés; mais il me fut possible de conserver le nerf grand hypoglosse. J'ai à peine besoin de dire que le nerf facial avait été sacrifié dans le premier temps de l'opération. Tout en agissant avec le thermo-cautère, je pris soin de repousser en dedans et du côté de la ligne médiane le paquet vasculo-nerveux du cou. Cependant je vis, chemin faisant, la veine jugulaire interne fortement distendue par le sang, et sur laquelle je pus disséquer et enlever, heureusement sans l'ouvrir, un petit prolongement néoplasique. Pendant toute la durée de cette opération, qui ne fut pas moins d'une heure trois quarts, le thermo-cautère fonctionna d'une façon irréprochable, et le malade, qui fut soumis presque tout le temps aux vapeurs chloroformiques, ne perdit pas plus de 100 à 150 gr. de sang.

Le pansement consista uniquement dans l'application de gâteaux de charpie imbibée d'un mélange de glycérine et d'alcool à parties égales; il ne survint ni hémorrhagie ni aucun accident consécutif, et le malade, dont la paralysie faciale à droite était complète, quittait l'hôpital en très-bon état, la plaie ayant diminué au moins des quatre cinquièmes, et fournissant une suppuration de bonne nature.

Le second fait, dans lequel je viens d'employer également le thermo-cautère pour la section des parties molles, a trait à un homme de la campagne, âgé de 68 ans, que j'opérai en ville avec M. le docteur Cahours. Il portait, au niveau de la région maxillaire inférieure gauche, une *tumeur épithéliomateuse*, du volume au moins d'un poing d'adulte, ayant commencé il y a plus de quatre années : bosselée, constituée en dehors par trois énormes lobules irréguliers et séparés par des sillons assez profonds, cette masse, de couleur vineuse, était ulcérée sur plusieurs points qui fournissaient une sanie fétide et insupportable au malade, mais qui n'avait jamais donné lieu à de véritables hémorrhagies; depuis quelques mois, elle prenait un accroissement rapide.

Partant de la commissure labiale gauche, elle comprenait une grande partie de la joue et toute la face externe de la mâchoire inférieure; en avant, elle avait envahi la moitié gauche de la lèvre inférieure et du menton; en arrière, elle s'arrêtait au niveau du masseter; elle engaînait, d'autre part, tout le bord inférieur de la branche horizontale du maxillaire qui faisait corps avec elle, pour venir apparaître en dedans, au niveau du plancher de la bouche, qu'elle soulevait par une de ses bosselures. Il n'existait point de ganglions sur la partie correspondande de la face et du cou.

L'opération ayant été décidée, le malade ne fut soumis à l'anesthésie qu'au début, et je procédai à l'extirpation de cette tumeur de la manière suivante : le manuel opératoire peut se diviser en trois temps principaux, dont chacun d'eux a été méthodiquement exécuté.

Premier temps (circonscription de la tumeur par le thermo-cautère). — Le plus

long des trois, de beaucoup, il consista à cerner la masse carcinomateuse avec le couteau thermo-cautère de Paquelin chauffé au rouge sombre, d'abord dans toute sa courbe supérieure, ensuite au niveau de ses limites inférieures sous-mentonnière et maxillaire. Le derme correspondant à toute la périphérie de la tumeur était épais, et, après l'avoir sectionné, ainsi que les parties sous-jacentes, j'eus soin d'épargner pour un moment la muqueuse buccale et gingivale, afin d'éviter l'effusion du sang dans l'arrière-gorge, si toutefois elle venait à se produire; car, dans ce premier temps, le malade ne perdit guère que 100 gr. de sang; je ne dus appliquer que deux ou trois pinces hémostatiques à peine : l'une d'elles fut apposée sur le tronc de l'artère faciale sectionnée.

Deuxième temps (*section du maxillaire; emploi de la sonde de Blandin et de la scie à main*). — La muqueuse buccale ayant été divisée par un dernier coup du couteau thermo-cautère, je procédai à la résection de la partie du maxillaire englobée dans le néoplasme. Pour cela faire, je ne me servis point de la scie à chaîne, mais bien de la *sonde de Blandin*, que j'introduisis successivement, pour la partie postérieure, de bas en haut; pour la partie antérieure, de haut en bas, derrière le corps de l'os, et de la *scie à main*, qui me permit de sectionner la mâchoire avec sécurité, rapidité, et très-commodément.

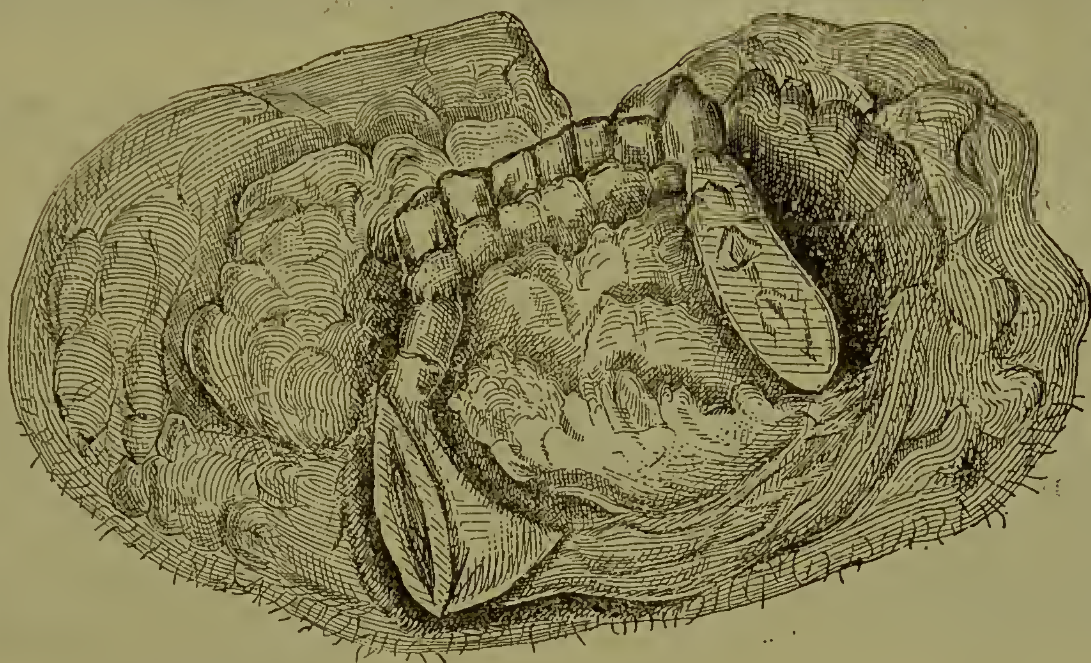
Troisième temps (*emploi de l'écraseur linéaire*). — Ces deux premiers temps exécutés, le produit morbide ne tenait plus qu'au plancher de la bouche; il avait été en quelque sorte pédiculisé, et je pus passer derrière le prolongement buccal avec la plus grande facilité et, afin d'assurer une hémostase complète, l'anse d'un écraseur linéaire à travers les deux brèches produites sur le maxillaire. En moins de deux minutes, le plancher buccal était écrasé, et la tumeur tombait avec le segment de mâchoire qui est représenté sur la figure ci-contre.

J'avais pris soin, avant de pratiquer cette résection, et pour éviter la rétraction de la langue, qui aurait pu suivre la division du muscle génioglosse du côté droit, j'avais pris soin, dis-je, de me rendre maître de la langue avec un gros fil qui en traversait la pointe et l'attirait à l'extérieur. — Pansement alcoolisé.

L'opération ne date que de quatre jours, et je ne puis par conséquent rien préjuger sur les chances d'une guérison et, si le malade guérit, sur l'éventualité d'une récidive plus ou moins prochaine. L'unique but de cette communication est de faire ressortir le manuel opératoire que j'ai employé dans ce cas, et de fixer l'attention sur la régularité avec laquelle chacun des trois temps, que je viens de décrire, a été méthodiquement exécuté et, je crois, avec assez de bonheur.

Dans ces deux cas, le *thermo-cautère* d'abord m'a été d'un grand secours : j'opérais sur des régions riches en vaisseaux volumineux, et, grâce à cet instrument, qui est d'un maniement beaucoup plus facile que le galvano-cautère, j'ai obtenu une

FACE INTERNE



FACE EXTERNE



hémostase presque absolue. J'ai pu, pendant toute la durée de l'opération, en modérer ou en accélérer l'action à volonté, et le maintenir presque constamment à la chaleur rouge sombre; il ne s'est pas dérangé, et a fonctionné d'une façon parfaite, absolument sans rien laisser à désirer. J'ai employé souvent le galvano-cautère, et j'avoue que je ne puis être aussi affirmatif au point de vue des résultats que j'en ai obtenus. J'ajouterai encore, à l'avantage du cautère du docteur Paquelin, que la

diffusion de la chaleur est réellement moins prononcée que celle du galvano-cautère, ce qui m'a permis d'agir avec la main gauche, sans craindre de me brûler ou blesser les doigts de mes aides.

Un mot maintenant, en ce qui concerne le manuel opératoire employé chez mon second malade, sur la *substitution de la sonde de Blandin* à la scie à chaîne, et sur la *pédiculisation de la tumeur*, qui m'a permis d'utiliser l'écraseur linéaire.

La scie à chaîne est certainement un instrument précieux; elle a donné et donne encore, entre les mains de nos maîtres et les nôtres, d'excellents résultats, je n'en disconviens pas; mais cependant son maniement nécessite une assez grande habitude et une sûreté de main que doivent avoir, mais que n'ont pas tous les chirurgiens. Si on ne prend pas soin d'en bien tendre horizontalement les deux extrémités, la chaînette reste serrée entre les deux portions osseuses qu'elle est en train de diviser, et on est obligé, sous peine de la briser, de la dégager complétement pour recommencer à scier; de plus, le va-et-vient de cette chaîne fait éprouver à la partie du squelette sur laquelle on agit un ébranlement plus ou moins considérable; enfin, la surface de section qu'elle donne n'est pas toujours nette.

L'emploi de la *sonde de Blandin*, pour la résection partielle du maxillaire, ne m'a semblé, au contraire, présenter aucune espèce de difficulté et m'a permis, après son facile passage derrière le squelette, de sectionner l'os, à l'aide d'une petite scie à main, avec la plus grande sécurité, tout aussi rapidement qu'avec la scie à chaîne, et sans communiquer le moindre ébranlement au reste de la mâchoire. C'est peut-être, de ma part, une question de goût; mais tout ce que je sais, c'est que, sans vouloir discréditer la scie à chaîne, qui restera toujours, sans aucun doute, un des bons instruments de notre arsenal chirurgical, je ne l'emploie, dans le cours de mes opérations, que lorsqu'il m'est impossible de faire autrement.

XVXVII

Sommaire. — Deux opérations d'ovariotomie pratiquées avec succès.

Les deux faits que je désire rapporter ici dans tous leurs détails (car ce sont les deux premières opérations de ce genre que j'ai eu la bonne fortune de pratiquer) viennent s'ajouter aux succès, si nombreux maintenant, que donne l'ovariotomie dans notre pays depuis que mon maître Nélaton a su remettre en vigueur, il y a seize ans, cette opération considérée comme hasardeuse, et même blâmable par plusieurs Académies savantes.

Obs. I. — *Kyste uniloculaire de l'ovaire droit : ovariotomie. — Guérison.*

Emma-Louise Wassen, femme Studler, âgée de 31 ans, a été réglée à 17 ans, et n'a jamais remarqué de troubles de sa menstruation, sauf dans les derniers temps. De constitution assez délicate, elle eut la fièvre typhoïde, à l'âge de 14 ans, et une hépatite qui la rendit très-souffrante pendant quatre mois, à 21 ans. Elle habitait alors depuis dix ans Concordia, de la République argentine, où elle se maria à 24 ans, et où elle est restée jusqu'au milieu de l'année 1875. Elle eut aussi, il y a quatre ans, une variole très-intense qui a laissé sur la face des traces très-accentuées; enfin, en 1872, elle fut atteinte d'une suette miliaire qui ne dura pas moins, dit-elle, de trois mois et demi, et pendant laquelle elle eut un érysipèle avec angine très-intense. A cette époque (1872), elle s'aperçut que son ventre grossissait; elle ressentait comme une *boule liquide* qui ballottait et se déplaçait d'un côté à l'autre, suivant les différentes positions du corps, mais sans qu'elle pût en distinguer au juste la situation précise. Toutefois, la tumeur resta stationnaire pendant deux années, et avait, au dire de la malade, le volume d'une grossesse de quatre mois environ. Ayant eu déjà trois enfants, elle devint enceinte une quatrième fois et accoucha, le 4 juillet 1874, d'un enfant assez petit, mais l'accouchement ne présenta aucune difficulté.

Au mois de décembre 1875, l'abdomen fut le siége d'une distension rapide et très-considérable, et cette augmentation de volume coïncida avec la survenance d'un érysipèle de la face. La malade commença à éprouver alors des douleurs du côté de la région lombaire droite, et, quelques mois après, fortement gênée par le développement du kyste, demanda à être ponctionnée. Elle subit trois ponctions : la première, le 20 avril 1876, à Corcelles, près Neufchâtel, faite par le docteur Béguin; la seconde, le 20 juin de la même année, également à Corcelles, faite par les docteurs Béguin et Régnier; enfin, la troisième ponction fut pratiquée à gauche, le 29 juillet suivant, à la Maison municipale de santé de Paris, par M. le docteur Cruveilhier,

qui la fit suivre immédiatement d'une injection iodée. La malade éprouva quelques douleurs peu vives du côté gauche de l'abdomen, mais n'eut aucun symptôme de péritonite; toutefois, après cette troisième ponction, le kyste grossit à nouveau et rapidement, si bien qu'au bout de quinze jours il était revenu au volume primitif.

Au moment de l'entrée de Mme Studler à l'hôpital Temporaire (29 août 1876), la tumeur, fortement proéminente en avant, donnait au ventre l'aspect conique; la circonférence abdominale, au niveau de l'ombilic, était de plus d'un mètre, et la marche, très-pénible, déterminait une dyspnée assez prononcée. L'état de santé de la malade était peu satisfaisant, l'amaigrissement extrême et l'appétit nul. Elle n'éprouvait aucune gêne de la miction. Pas d'œdème des membres inférieurs, pas de varices.

La tumeur est régulière; la transmission du flot liquide a lieu complétement dans tous les points, et la palpation n'y révèle aucune partie solide; la matité remonte très-haut et occupe l'épigastre, le kyste refoulant en haut le foie et le diaphragme. Le toucher ne fait reconnaître rien d'anormal, si ce n'est un léger abaissement de l'utérus; pas d'ascite.

Je diagnostiquai un kyste uniloculaire probablement sans adhérences, me fondant sur l'absence d'aucune espèce d'accident à la suite de ces ponctions répétées.

La malade ne voulant plus entendre parler de l'injection iodée, que je lui représentai comme pouvant amener la guérison sans lui faire encourir de grands dangers, je lui exposai franchement les conséquences très-graves de l'ovariotomie réclamée par elle, et ce n'est que sur ses instances réitérées et sur celles de son mari, qui était venu me trouver à plusieurs reprises, que je me décidai à lui pratiquer cette opération.

Le mardi 12 septembre était le jour fixé; mais, par une circonstance indépendante de ma volonté, il me fallut différer jusqu'au surlendemain. La malade fut si affectée de ce contretemps, et en éprouva une si vive contrariété, que son pouls s'éleva à 120 et sa température à 38°. Tout était rentré dans le calme le jeudi 14, et l'opération fut faite avec l'aide de MM. les docteurs Le Dentu, Le Blond, Lépine, et de MM. Mary et Dreyfus, internes de l'hôpital. La malade, placée sur le lit Guéride et avec les précautions minutieuses qu'on a l'habitude de prendre, et sur lesquelles je n'insiste pas, s'endort aisément par le chloroforme, et, pendant toute la durée de l'opération, dort du sommeil le plus calme, un sommeil d'enfant.

Incision médiane (15 centimètres) de la paroi abdominale, commençant à une petite distance de l'ombilic et n'aboutissant pas jusqu'au pubis. Incision du péritoine sur la sonde cannelée; il ne s'écoule pas de liquide péritonéal. Le ventre étant comprimé par quatre mains munies de serviettes chaudes, le kyste se présente à l'ouverture. Je ponctionne avec le gros trocart en communication avec l'appareil aspirateur (grand modèle) de Potain, et retire 11 litres de liquide non filant, couleur d'orgeat. J'exerce alors des tractions à l'aide des pinces à mors plats, munis de dents (pinces à traction) sur la paroi du kyste qui s'ébranle et s'engage facilement par l'ouverture extérieure. Avant de continuer d'attirer la tumeur, je crois devoir explorer sa circonférence, et, introduisant la main dans la cavité abdominale, je constate que toute la surface de la poche est libre, sauf en haut et à gauche, où quelques franges épiploïques lui sont adhérentes, et en bas et à droite, où la trompe, considérablement augmentée de volume, se trouve collée contre la paroi correspondante. L'épiploon est lié avec un gros fil et coupé au niveau du kyste, la trompe est détachée et comprise également dans une

nse de gros fil. — Après avoir appliqué un assez grand nombre de pinces hémostatiques en T ur les points saignants et fait éponger avec soin, afin d'éviter la chute du sang dans la cavité elvienne, j'attire encore le kyste; mais, pour faciliter sa sortie, je ponctionne une deuxième ois, 7 litres s'écoulent; quoique renfermant encore du liquide, le kyste peut être extrait en otalité. J'applique alors, à l'aide du ligateur Cintrat, une anse de gros fil de fer sur le pédi-ule, qui est assez long et volumineux et qui occupe le côté droit. Une deuxième anse est ppliquée encore au-dessus, puis deux broches sont introduites entre les deux anses et en croix, e sectionne enfin entre le kyste et la seconde anse. Pendant toute la durée de l'opération, qui 'a pas été moins de deux heures, nous n'avons aperçu aucun viscère de la cavité abdomi-nale, à peine une petite anse intestinale vint-elle, à différentes reprises, s'échapper sous les doigts de mon collègue, M. Le Dentu, qui la repoussait doucement avec une flanelle humide et chaude. La malade ne présenta qu'un vomissement ou plutôt une forte nausée. Je m'oc-cupai alors, à l'aide de pinces en T, de compléter l'hémostase sur divers points de la paroi abdominale droite, dont les adhérences récentes n'avaient pas nécessité de grands efforts pour pouvoir être séparées, mais avaient donné lieu à un peu d'écoulement sanguin. Toilette du péritoine faite avec des éponges montées. Je retirai ainsi de la cavité pelvienne une quantité assez notable de sérosité rougeâtre avec quelques petits caillots sanguins, mais je ne pus l'en-lever en totalité, car à mesure que j'en imbibais une éponge, cette sérosité semblait se reformer immédiatement. Je ne crus pas prudent de pousser trop loin cette toilette, qui ne peut évidemment être jamais absolue, dans toute l'acception du mot, et je procédai à la suture de la paroi, en comprenant dans cette suture la peau des tissus sous-jacents et le péritoine de chacune des lèvres de l'incision. Le bouchon épiploïque, traversé par une longue épingle à tête, est fixé tout à fait à l'angle supérieur et maintenu en place par une suture métallique réunis-sant les deux lèvres de la plaie, au-dessus et au-dessous de lui. Douze autres sutures, égale-ment métalliques, sont appliquées à la distance d'un centimètre environ jusqu'au gros pédicule du kyste et au-dessous de lui; ce dernier reposant sur la paroi abdominale et maintenu à l'extérieur par les deux petites tringles en acier qui le traversent; ce fil, qui comprend la trompe droite, est également attiré en dehors et fixé dans cette position. Pédicules épiploïque et kystique touchés avec le perchlorure de fer pur. Ceinture de flanelle comprimant le ventre recouvert d'une épaisse couche de ouate. Les membres inférieurs sont maintenus, à l'aide de coussins placés sous les jarrets, dans une demi-flexion.

Les suites de cette opération furent aussi simples que possible.

La malade eut quelques vomissements, attribuables plutôt à l'opium qui était mal supporté par elle; la température ne s'éleva pas plus haut que 38°4, et son pouls ne passa jamais 100 pulsations, excepté cinq heures après l'opération, où la première atteignit 38°6 et le second 110 pulsations.

La fièvre traumatique fut donc extrêmement modérée, et nous pouvons dire, chose bien bizarre, facile à contrôler sur la courbe thermographique que nous avons recueillie avec soin, que sa température fut plus élevée d'une façon générale avant qu'après l'opération.

Je ne veux pas suivre jour par jour, comme je l'ai fait dans l'observation prise au lit de la malade, les diverses phases par lesquelles l'opérée a passé pour arriver à sa guérison com-plète, ce serait m'exposer à des répétitions fastidieuses; je dirai seulement qu'elle ne pré-

senta aucune douleur, aucun ballonnement du ventre; les nuits furent presque toutes très-bonnes, mais grâce à une potion de sirop de codéine donnée presque chaque soir, et à laquelle elle eut recours pendant très-longtemps.

Pendant cinq jours on dut pratiquer le cathétérisme matin et soir; l'urine, durant les quarante-huit premières heures, présentait quelques petits caillots sanguins. Le cinquième jour, un lavement glycériné facilita la première selle. Ce fut aussi dans cette même journée que les sutures métalliques, qui commençaient à étrangler les tissus, furent retirées, mais avec difficulté, à cause du gonflement des parties molles. Au niveau de l'une d'elles il se forma un petit abcès qui suppura pendant quelques jours, puis finit par se cicatriser.

Le vingtième jour eut lieu la chute du pédicule épiploïque, et le vingt-cinquième jour seulement, celle du gros pédicule du kyste, dont j'avais mortifié successivement les diverses parties par l'application de perchlorure de fer pur.

Par excès de prudence, la malade ne se leva que le trente-huitième jour : les premiers jours, elle éprouva dans le ventre quelques tiraillements qui se dissipèrent peu à peu. Aujourd'hui (26 décembre), la cicatrice, un peu enfoncée, est complète, d'une longueur de 8 centimètres. La malade ne présente rien d'insolite dans le ventre; pas d'éventration; et bien que la peau de l'abdomen soit bien revenue sur elle-même, je lui fais porter une ceinture hypogastrique à deux pelotes latérales. Les règles sont revenues; l'appétit est très-bon, et Mme Studler, qui a repris déjà de l'embonpoint, vient de partir en Suisse pour rejoindre son mari à La Chaux-de-Fonds, près Neufchâtel, dans un état de santé excellent. J'ai reçu encore de ses nouvelles tout récemment (4 janvier 1877).

La poche enlevée avait des parois assez minces, et sa face interne, tomenteuse, offrait des colonnes assez saillantes et enchevêtrées les unes dans les autres, laissant des intervalles losangiques limités par ces crêtes; il y existait aussi quelques franges villeuses, mais il n'y avait pas d'autre kyste rudimentaire. Le tout (contenant et contenu) pesait 40 livres.

Obs. II. — *Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche. — Ovariotomie. — Guérison.*

Mary Gaury, femme Housset, âgée de 22 ans, née à Gourdon (Lot), fruitière, demeurant à Paris, rue Mazarine, 54, eut, jusqu'à l'âge de 15 ans, une constitution assez chétive : on la regardait même, dit-elle, à cette époque, comme poitrinaire. Elle fut réglée à 14 ans. En 1872, au moment d'une époque menstruelle, et après une période de malaise de huit jours, elle fut prise de coliques très-vives (qui se reproduisirent encore le 8 août dernier), ayant duré au moins deux heures, soulagées par des lavements laudanisés et suivies, deux jours après, d'hémoptysie ou d'hématémèse abondante (demi-cuvette). C'est à cette époque, c'est-à-dire il y a quatre ans environ, et après cette crise de coliques, qu'elle a senti son ventre grossir. Elle consulta un médecin, qui lui déclara qu'elle était enceinte, malgré ses dénégations; se maria en 1875, et devint réellement enceinte presque immédiatement. A ce moment, son ventre avait le volume de celui d'une femme grosse environ de quatre mois. Dès le premier mois de sa grossesse, le développement de l'abdomen devint considérable : il avait alors, à peu de chose près, les dimensions que nous lui constatons aujourd'hui.

Elle accoucha facilement, le 3 avril 1876, et à sept mois, d'une fille extrêmement petite (selon son expression, ce n'était qu'un petit *poupard*), mais bien vivante. Les suites de couches

ent assez laborieuses : elle éprouva dans le ventre des douleurs sourdes, devenant par mo-
nt lancinantes et assez intenses; cependant, elle n'eut ni nausée ni vomissement (diète et
nplasmes); s'étant levée trop tôt (huitième jour), elle fut obligée de s'aliter de nouveau, resta
chée trente-cinq jours, et pendant près de deux mois elle eut des pertes sanguines, peu
ndantes toutefois, qui revinrent tous les deux jours; elle maigrit beaucoup à ce moment,
perdit complétement l'appétit.

Voyant alors son ventre augmenter notablement de volume, elle réclame une intervention
rurgicale, et nous est adressée par M. le docteur Le Coin, à l'hôpital Temporaire, où elle
re le 28 octobre 1876. La gêne produite par la tumeur est considérable : quand la malade
rche pendant quelque temps, et surtout si elle monte un escalier, elle est prise d'oppres-
n; elle a recouvré un peu d'appétit, bien qu'elle reste très-maigre.

État du ventre : Les parois abdominales sont très-distendues, avec vergetures nombreuses,
veines sous-cutanées nettement dessinées; il n'existe pas d'œdème des membres inférieurs.
ventre a une forme conique, à sommet tourné en bas et en avant, correspondant à un point
ié à 15 centimètres au-dessous de l'ombilic; celui-ci n'est pas soulevé : on trouve deux
pressions transversales sous forme de sillons peu profonds, l'un à 12 cent. au-dessus de
nbilic, l'autre à 8 environ au-dessus de la première. La percussion permet de constater, au
eau de cette masse énorme, une matité complète depuis l'appendice xiphoïde jusqu'au
bis; à droite, elle se continue avec celle du foie; les deux régions lombo-iliaques seules, la
oite surtout, sont très-sonores; la sensation de flot est fort manifeste dans toute l'étendue
l'abdomen; mais dans le flanc gauche, au-dessous de la fosse iliaque, existe un point où
fluctuation ne peut être perçue; ce point est beaucoup plus résistant que le reste de la
che, et se traduit, à la palpation, par une saillie ayant environ 15 cent. dans son grand axe,
lique en bas et en avant, et 10 cent. dans son petit axe. Cette petite masse est probable-
nt constituée par l'agglomération de nombreux kystes à contenu gélatineux. Aucune ponc-
n n'a été pratiquée.

Le toucher vaginal n'apprend rien. L'utérus est mobile et non abaissé; le col est légère-
ent dévié à droite et en arrière. La miction n'est pas gênée, mais la malade urine plus fré-
emment depuis quelque temps. Je diagnostique un kyste ovarique multiloculaire, dont une
s poches est bien plus vaste que les autres, avec adjonction d'une masse dure à gauche,
aisemblablement formée par une foule de petits kystes. Quant à l'existence d'adhérences, je
pouvais que rester dans le doute. Mensurations (la malade étant couchée) :

De l'appendice xiphoïde au pubis	63	centimètres.
— à l'ombilic	36	—
De l'ombilic au pubis.	27	—

Circonférence : En arrière, le ruban passant toujours
mmédiatement au-dessus des crêtes iliaques :

Ruban passant par le sommet du cône . . .	120	centimètres.
— par l'ombilic	115	—
— à 12 centim. au-dessus par la dépression mentionnée plus haut.	112	—
Ruban formant ceinture.	104 1/2	

Le poids de Mme Housset est de 136 livres; il est le même que celui qu'elle avait à 18 ans, c'est-à-dire à une époque antérieure au développement du kyste.

L'ovariotomie est pratiquée par moi, le 4 novembre 1876, en présence et avec l'aide de MM. Polaillon, Nicaise, Le Blond, Le Coin, et de MM. Bazy et Lataste, internes de l'hôpital Temporaire. C'est M. Mariaud qui a bien voulu se charger de me fournir l'appareil instrumental et le lit Guéride sur lequel j'opère la malade.

Chloroformisation facile, complète et sans accident pendant les deux heures que dure l'opération. J'incise sur la ligne médiane, en commençant à une petite distance de l'ombilic, et en terminant à 6 cent. du pubis (incision de 14 cent.). J'arrive, après avoir sectionné quelques veines pariétales dilatées, sur le péritoine, qui est ouvert et incisé sur la sonde cannelée. La pression exercée par les mains de deux aides, munies de serviettes chaudes, fait saillir le kyste, qui est ponctionné une première fois (gros trocart, grand aspirateur Potain) ; il s'écoule 10 litres de liquide visqueux, couleur café clair, ce qui permet au kyste, attiré par les pinces à dents, de s'engager déjà par l'ouverture; j'explore la surface de la masse, et je constate l'existence de nombreuses adhérences avec la paroi abdominale, à gauche et à droite, et avec la plus grande partie de l'épiploon à gauche. Une seconde ponction, qui donne écoulement à 8 nouveaux litres de liquide, est pratiquée; les adhérences pariéto-abdominales sont alors détachées; quelques-unes se rompent sans donner de sang, mais ce sont les plus rares; d'autres nécessitent l'usage des pinces en T. L'épiploon adhérent est coupé entre deux rangées de ces mêmes pinces et maintenu par un gros fil à ligature. Je puis alors attirer le kyste et dégager la masse dure située à gauche, qui est grosse comme deux poings environ; toute la poche sort alors facilement de l'abdomen, après que j'ai eu pris soin de rompre encore quelques adhérences pariétales droites, où plusieurs petits kystes superficiels, à parois très-minces, sont détachés avec beaucoup de prudence, pour éviter leur déchirure et l'issue de leur contenu dans la cavité pelvienne. Une fois le kyste au dehors, je constate que le pédicule, situé à gauche, est mince et très-court; il est relié par une lame-péritoine à l'S iliaque du côlon, qui suit facilement les mouvements de ce pédicule; il existe, de plus, une adhérence à la partie latérale gauche de l'utérus; enfin, la trompe gauche est intimement unie au kyste. Je comprends alors, dans deux anses de fer (situées à peu de distance l'une de l'autre) du serre-nœud Cintrat, la trompe, l'adhérence à l'utérus, et le court pédicule auquel je laisse adhérer une rondelle de la poche que je coupe circulairement. Les pinces hémostatiques, appliquées sur les lèvres de l'incision et sur les adhérences sectionnées, sont successivement retirées, et le sang épanché en petite quantité dans le bassin est étanché à diverses reprises avec des éponges montées; on fait, en un mot, la toilette de la séreuse, mais sans trop insister néanmoins, et sans avoir la prétention de vouloir retirer absolument toute la sérosité péritonéale, qui se reproduit à mesure qu'on l'enlève.

Pendant toute la durée de l'opération, nous n'avons aperçu que l'S iliaque et une petite anse d'intestin grêle, que les doigts d'un aide se chargeaient de repousser en dedans.

Je procède enfin à la suture, et de haut en bas, après avoir lardé le gros pédicule avec deux broches en croix passant entre les deux anses du serre-nœud. Six épingles à tête de verre traversent à la fois peau et péritoine à 1 cent. et 1/2 environ des bords; trois d'entre elles sont placées, l'une immédiatement au-dessus, l'autre au-dessous de la masse épiploïque for-

[t]ant bouchon à l'extérieur; la troisième traverse de part en part cet épiploon pour le maintenir. Trois autres épingles sont disposées entre le pédicule épiploïque et le gros pédicule qui [re]pose à l'angle inférieur de l'incision. Quatre fils d'argent sont placés entre les épingles et [se]rvent de sutures superficielles. (Application de perchlorure de fer pur sur les deux pédi[cu]les et d'une couche épaisse d'*ouate collodionnée* sur toute la longueur de la plaie; ouate sur [le] ventre, bandage de corps en flanelle, compression modérée.)

La malade se réveille assez mal : elle reste longtemps dans le collapsus, ses yeux sont ternes [;] elle ne répond que par grognements aux questions qu'on lui adresse; les membres infé[ri]eurs sont entourés d'ouate. Boules d'eau chaude. Vin de Champagne glacé.

Dès le lendemain, 5 novembre, on constate une élévation considérable de la température, [p]rès de 40°, et du pouls, 120 (avant l'opération, T. 37°2, P. 76). La malade se plaint d'une [o]ppression rétro-sternale très-gênante : elle tousse et ne peut détacher les crachats qu'avec [b]eaucoup de difficulté; rien du côté du ventre : l'opium et la potion de Tood sont mal [s]upportés.

Le 6. *Bronchite généralisée bien confirmée,* râles sibilants et ronflants; cependant, le pouls [e]t la température ont un peu diminué : on supprime la glace. Pectorale chaude, sirop de [c]apillaire, emplâtre de thapsia, potion à l'oxyde blanc d'antimoine, puis au kermès. La malade [s]e plaint d'une chaleur générale, mais ne souffre pas du tout de l'abdomen.

Le 7, les quintes de toux sont assez rapprochées et ébranlent le ventre assez fortement à [c]haque fois qu'elles se produisent.

Le 9, la croûte épaisse formée par la ouate collodionnée est enlevée, et laisse voir une réu[n]ion par première intention complète; quatre épingles et deux anses métalliques sont retirées.

Le 10. Première selle. On enlève les deux dernières épingles, ainsi que les deux autres fils [m]étalliques.

Le 11. Deux petits abcès furonculeux se forment au niveau de l'orifice d'une des épingles. [L]'état local et général de la malade est excellent; elle mange un demi-pigeon rôti. La bron[c]hite a presque complétement disparu.

Le 12, c'est-à-dire le huitième jour de l'opération, chute du gros pédicule. Il reste encore [à] ce niveau trois fils correspondant aux adhérences de l'utérus et de la trompe.

Le 15, la malade urine seule.

Le 16. Chute du pédicule épiploïque, touché à plusieurs reprises avec le perchlorure de fer.

Le 20. Chute des fils de l'angle inférieur de la plaie. Nouvel abcès furonculeux en bas et à [d]roite.

Le dix-huitième jour de l'opération, la malade se lève, fait quelques pas, et n'éprouve aucun [t]iraillement dans le ventre, comme en avait ressenti la première de mes deux opérées.

Pendant les quinze premiers jours, la température est restée élevée (38° en moyenne), puis [e]st tombée à 37°4, et le pouls a oscillé entre 96 et 100.

Le 15 décembre, M[me] Housset quitte l'hôpital en parfait état. La cicatrice, très-enfoncée, [n]'est guère que d'une longueur de 6 centimètres. La paroi abdominale est sillonnée par de [n]ombreux plis transversaux très-prononcés, s'écartant de l'incision à la manière des barbes [d]'une plume; elles affectent une forme légèrement curviligne (ceinture hypogastrique). Elle a

repris de l'embonpoint, et pèse même quatre livres de plus qu'avant l'opération. Les règles sont revenues dans le courant de janvier de cette année.

Le kyste, à parois plus épaisses que celui de Mme Studler, offre une grande poche séparée en deux par un diaphragme percé d'un large orifice à son centre ; sur sa périphérie, on remarque une foule de petits kystes, à parois minces, et au côté gauche se trouve annexée une masse compacte et oblongue, simulant une grosse rate, constituée par une multitude de petits kystes, à contenu gélatineux ou gommeux de couleur ambrée.

Liquide évacué	18 litres ou kilogr.
Poids de toute la masse solide	2 kilogr. 1/2
Total.	41 livres (1).

(1) Les deux malades ont été présentées à l'Académie de médecine, dans la séance du 26 décembre 1876.

XXXVIII

SOMMAIRE. — Arthrite suppurée de l'épaule droite; — résection de la tête humérale; — guérison.

Dans bon nombre de scapulalgies suppurées, il est permis d'espérer, on peut même obtenir une guérison complète, et cela surtout chez les enfants, sans avoir recours à une opération; mais, par contre, dans bien d'autres cas, la suppuration que fournissent les parties osseuses nécrosées est telle que l'économie, déjà épuisée par une affection à marche lente, ne trouve plus moyen de résister, et si le malade n'est pas enlevé par une complication, du côté du thorax principalement, il ne tarde pas à succomber à l'hecticité. En pareils cas où la lésion du squelette comprend la plus grande étendue ou même la totalité d'extrémités osseuses, il est impossible de compter absolument sur une élimination spontanée, la nature est insuffisante, et il serait imprudent, blâmable même, de s'en tenir à l'expectation. Le devoir du chirurgien est alors d'intervenir non-seulement pour sauver l'existence du malade en tarissant la source de cette suppuration, mais pour chercher à lui rendre un membre utile; c'est là de la vraie *chirurgie conservatrice*, et nous devons la tenter chaque fois que l'occasion se présente à nous.

Je désire, dans cette courte note, détailler un fait qui m'est personnel et qui me semble démontrer les grands avantages de cette chirurgie; il est relatif à un cas de résection de la tête humérale; je ne le présente pas, toutefois, comme un fait exceptionnel, loin de là; il en existe bien d'autres dans la science, quoique la résection scapulo-humérale soit une de celles que l'on pratique assez rarement chez nous; c'est un de plus, voilà tout.

B... (Charles), laveur de voitures, âgé de 54 ans, est un homme de petite taille, mais de bonne constitution, dont les parents sont morts à un âge avancé, et qui ne me paraît être sous l'influence d'aucun vice diathésique. Il y a près de deux ans, à la suite d'un effort, il ressentit un craquement dans l'épaule droite, et conserva, depuis lors, une gêne très-marquée dans les mouvements de cette articulation qui fut atteinte, d'après les commémoratifs fournis par lui, d'arthrite sèche.

Cet homme, très-courageux, n'en continua pas moins son travail, sans s'inquiéter de ses douleurs, qui n'étaient heureusement que passagères, lorsqu'au mois de juillet ou août 1876, cette même articulation de l'épaule fut le siége d'un nouveau traumatisme. Au moment où il

tenait, par la bride, un cheval qu'il était en train d'étriller, l'animal releva la tête, et, entraînant le bras droit, le porta brusquement dans l'abduction forcée : entorse violente, douleur vive, nouveau craquement dans l'épaule droite, arthrite consécutive intense.

Il fut admis à l'hôpital Necker. Des ventouses scarifiées, puis un vésicatoire, furent appliqués sur l'épaule, mais ne déterminèrent aucun soulagement appréciable. Le mal empira; les douleurs devinrent plus aiguës, de la rougeur et un gonflement notable du moignon de l'épaule apparurent, et, le 26 août 1876, une fluctuation bien nette, accompagnée d'œdème du membre, ne laissait plus aucun doute sur la présence d'une collection purulente. Un coup de bistouri donna issue à une notable quantité de pus, peu épais, et, par cet orifice, il fut facile de constater que l'articulation scapulo-humérale était ouverte, et que c'était de son intérieur que provenait le liquide purulent. A partir de cette époque, le pus continua à s'écouler en quantité assez abondante et devint de plus en plus séreux.

Lorsque je pris le service de M. Désormeaux, au commencement d'octobre, l'état local et l'état général du malade étaient bien loin d'être satisfaisants.

Il existait une nécrose complète de toute l'extrémité supérieure de l'humérus, avec suppuration articulaire et péri-articulaire qui s'échappait par l'ouverture pratiquée et restée fistuleuse; il y avait aussi un décollement considérable de la paroi antérieure de l'aisselle; le malade maigrissait et dépérissait à vue d'œil.

Je jugeai une intervention utile et je la proposai au malade qui l'accepta. La résection fut pratiquée le 6 octobre. Une incision verticale de 15 centim. fut faite avant et en dedans (procédé de Langenbeck et de Malgaigne), et permit de repousser en dedans le tendon de la longue portion du biceps après avoir intéressé toute l'épaisseur du deltoïde : les brides retenant encore la tête à la cavité glénoïde furent coupées, et protégeant les parties molles profondes avec une petite attelle, je fis basculer la tête en avant et en dehors, et réséquai une longueur de 7 centim. d'os avec la scie à main.

Le doigt, explorant ce vaste cloaque, rencontra des fongosités tapissant la surface glénoïdienne et la voûte acromio-claviculaire ; elles furent abrasées, mais non d'une façon complète; j'établis enfin, à la partie postérieure de l'épaule, une contre-ouverture par où je fis sortir un gros drain qui traversait toute cette cavité. L'opération avait été rapidement terminée, et le malade n'avait perdu qu'une quantité de sang minime, grâce à l'emploi de plusieurs pinces hémostatiques que je retirai au bout de quelques minutes, sans avoir besoin de faire aucune ligature.

Je bourrai l'intérieur de cette cavité profonde avec une masse de charpie fortement imbibée d'alcool pur, et maintins l'avant-bras dans la demi-flexion et le bras dans l'immobilité, par l'application d'une gouttière plâtrée prenant tout le moignon de l'épaule et descendant jusqu'au poignet.

Les suites furent simples. Je ne levai le premier appareil qu'au bout de trois jours. Une suppuration de bonne nature s'établit, et je me contentai chaque jour suivant de laver l'intérieur de la cavité avec l'alcool pur, et de panser avec la charpie trempée dans un mélange à parties égales d'alcool et de glycérine neutre.

La température ne s'éleva jamais au-dessus de 39° et le pouls au-dessus de 110, excepté le 16 et le 17 octobre, époque à laquelle nous constatâmes et ouvrîmes un petit abcès produit

par la pression de l'appareil plâtré sur la partie interne du poignet. La plaie se rétrécit de jour en jour; le drain fut retiré le 10 novembre, aucun retentissemement n'eut lieu du côté de l'aisselle, et cet homme, très-gai, et ayant considérablement engraissé, quittait l'hôpital complétement guéri, le 4 décembre, c'est-à-dire moins de deux mois après l'opération, pour aller à l'asile de convalescence de Vincennes.

Le 10 janvier 1877, il a été présenté à la Société de chirurgie. Tous les mouvements se passent dans l'omoplate, celui d'abduction est le seul limité, et le malade se sert très-bien de son membre, qui est un peu plus court que l'autre; il peut soulever des fardeaux assez lourds et a recommencé à travailler; il est, en somme, très-satisfait de son état.

XXXIX

SOMMAIRE — De l'emploi du thermo-cautère dans la trachéotomie.

L'usage de l'excellent appareil du docteur Paquelin tend à se vulgariser de plus en plus, et le moment est proche où cet instrument viendra supplanter d'une façon presque générale le galvano-cautère ; je dis presque générale, car lorsqu'il s'agit de cavités closes et de l'emploi de l'anse métallique (principalement pour le col utérin dégénéré), le thermo-cautère doit, au moins pour l'instant, céder le pas à son rival ; cependant le docteur Paquelin, qui s'ingénie à perfectionner son appareil, est sur le point de produire une nouvelle pince, une espèce de fourche métallique à branches creuses, pour laisser circuler le carbure d'hydrogène, qui puisse se mouler autour du col utérin, à l'exemple de l'anse galvano-caustique; c'est de l'inventeur lui-même que je tiens ce détail.

A la Pitié, le professeur Verneuil, qui fait si fréquemment usage du calorique dans le cours ou pour l'exécution de ses opérations, ne se sert plus guère que du thermo-cautère. M. Tillaux vient, à Lariboisière, de désarticuler une épaule avec le même instrument, sans employer le bistouri dans aucun des temps de l'opération et cela sans une seule goutte de sang, sur un homme chez lequel le moindre écoulement sanguin eût été certainement fort préjudiciable. Je viens de pratiquer moi-même, de la même manière, deux rectotomies linéaires : l'une en ville, chez une dame; l'autre à Saint-Antoine, chez un Italien; toutes deux se sont terminées par la guérison des malades, et je me propose de relater ces deux observations dans l'une des prochaines séances de la Société de médecine de Paris.

Ce que je désire, aujourd'hui, c'est attirer l'attention sur l'application du thermo-cautère à l'opération de la trachéotomie. Dans une lettre que le docteur de Saint-Germain adressait récemment à la Société, notre excellent collègue vous disait qu'une trachéotomie pratiquée par M. le docteur Krishaber avec le thermo-cautère, et à laquelle il assistait, lui avait laissé la meilleure impression. Un autre fait analogue a été également publié, je crois, dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, par le même opérateur. On peut trouver encore, dans la *Gazette médicale de Bordeaux* (20 septembre 1876, p. 353), quatre cas de cette nature, dont trois sont dus à M. Poinsot et un quatrième à M. Mauriac. En voici deux autres qui sont relatifs à deux petites filles, l'une de 3 ans, l'autre de 4, que

'ai opérées en ville par le même moyen, qui ont succombé rapidement aux suites le l'affection qui avait nécessité l'intervention chirurgicale, mais chez lesquelles ce procédé m'a paru, uniquement au point de vue opératoire, avoir donné immédiatement les meilleurs résultats. Je ne veux pas entrer ici dans tous les détails de l'opération qui, pour l'ensemble, ne diffère guère du procédé classique par le bistouri ; e n'insisterai que sur certaines particularités inhérentes à cette nouvelle méthode.

Dans les deux faits qui me sont personnels, j'incisai lentement de haut en bas j'étais placé à droite des malades) sur la ligne médiane avec le thermo-cautère, lepuis le bord supérieur du cartilage cricoïde jusqu'à la distance voulue que l'on connaît; puis, couche par couche, j'arrivai jusqu'à la trachée. Dans ce premier temps, la dissection ou plutôt la section des parties molles s'exécuta ibsolument comme avec le bistouri : comme avec lui je pus me rendre un compte exact de la profondeur à laquelle je me trouvais, et apercevoir les bords des muscles terno-thyroïdiens qui ne furent pas intéressés. Une fois parvenu sur la trachée, *je ponctionnai et incisai ce conduit avec le bistouri*, en comprenant dans la section le artilage cricoïde. La dilatation de l'ouverture et l'introduction de la canule ne présentèrent rien de particulier à mentionner.

Ce que je tiens à faire ressortir ici est relatif aux trois points suivants :

1° *L'hémostase.* — Elle a été presque complète dans l'un des cas, celui qui 'accompagnait de phénomènes d'asphyxie assez prononcés et de gonflement considérable des veines du cou; elle a été absolue dans le deuxième, et je n'ai eu uelques gouttes de sang qu'au moment où j'ai ouvert la trachée avec l'instrument ranchant.

2° *La rapidité de l'opération.* — Dans l'observation où l'hémostase a été absoument complète, la trachéotomie a été aussi rapidement exécutée qu'avec le couteau, car, en moins d'une demi-minute, elle était achevée. Toutefois, cette rapiité me semble peut-être moins indispensable qu'avec le bistouri (en admettant nême qu'elle le soit bien réellement avec ce dernier instrument), car, par suite de absence de tout écoulement sanguin, on peut laisser reposer quelques instants le etit malade. C'est ce que j'ai fait dans l'un de mes cas; j'ai interrompu l'opération fait mettre l'enfant sur son séant, je l'ai laissé *souffler*, qu'on me permette cette xpression ; puis, quand il a eu repris un peu haleine, j'ai continué et terminé.

3° *L'incision de la trachée avec le bistouri.* — MM. Poinsot et Mauriac, dans les uatre observations qu'ils ont fournies, ont ponctionné et incisé le conduit aérien vec le thermo-cautère. Ils reconnaissent que ce temps est l'un des plus délicats, uand ils disent : « Dès que la pointe a pénétré dans la trachée, il faut agrandir rapidement l'incision et retirer le couteau. Ce dernier temps de l'opération demande à être exécuté avec une certaine promptitude, car, en laissant trop

« longtemps la lame chauffée au rouge dans la trachée, on s'exposerait à cauté-
« riser les parois latérales et postérieures, bien que le pouvoir émissif du platine
« soit peu considérable. »

Je pense, au contraire, qu'il est beaucoup plus prudent, une fois qu'on est arrivé sur la trachée, de se servir du bistouri pour en pratiquer l'ouverture; et nous ne partageons pas du tout l'opinion des chirurgiens sus-nommés quand ils disent : « qu'il n'y a aucune nécessité à dénuder et à ponctionner ce conduit avec un bis-« touri ordinaire, car on s'exposerait à l'hémorrhagie. » Et d'abord, l'incision de la trachée avec le couteau ne donne pas lieu à un écoulement de sang considérable, c'est au moins ce que j'ai observé dans mes deux exemples, et quelque minime que soit le pouvoir de diffusion du platine, le calorique n'en détermine pas moins des brûlures et des eschares, et je craindrais, en portant le thermo-cautère sur la trachée et dans son intérieur, de voir survenir des lésions du côté de la muqueuse et des rétrécissements ultérieurs de ce conduit.

Je termine ce court exposé en insistant sur l'obligation d'opérer avec le couteau maintenu au *rouge sombre*, qui est le véritable *degré de chaleur hémostatique;* c'est une condition *sinè quâ non* pour avoir une hémostase complète; et, à cet égard, je dirai qu'une fois en train d'agir, l'opérateur n'a pas à se préoccuper du degré de température de l'instrument; c'est à l'aide, chargé de manœuvrer la poire en caoutchouc, qu'incombe ce devoir; il lui faut avoir incessamment l'œil sur le couteau et il doit maintenir de lui-même la lame de platine au rouge sombre, avec quelques pressions exercées sur cette poire bien à propos, sans que le chirurgien ait à se déranger sans cesse pour le prévenir

LX

Sommaire. — Imperforation ano-rectale; atrésie complète. — Entérotomie périnéale avec résection du coccyx; proctoplastie. — Guérison sans incontinence des matières fécales et sans rétrécissement consécutif.

Les cas d'imperforation anale sont loin d'être rares, mais il n'est pas moins fréquent d'observer une terminaison fatale à la suite de l'opération d'urgence nécessitée par cette malformation. Enfin, chez ceux des petits opérés qui ont le bonheur de survivre, il n'est pas très-habituel de voir les fonctions de la défécation se rétablir d'une manière absolument normale, sans incontinence et sans rétrécissement dans la suite; c'est pourtant là l'heureux résultat que nous avons obtenu chez un nouveau-né, opéré par nous il y a plus de six mois à l'hôpital Necker. Voici les principaux détails de cette observation, qui me semble digne d'un certain intérêt.

A la fin de septembre 1876, je suis appelé à minuit pour opérer un jeune enfant atteint d'imperforation, et que son père, M. Lorif..., musicien dans la garde républicaine et caserné au Mont-Valérien, vient de faire transporter à l'hôpital Necker. Je trouve un enfant du sexe mâle, venu à terme depuis trois jours, bien conformé, mais dont les membres sont assez grêles. Il avait rendu l'urine à plusieurs reprises, mais de méconium point. Il poussait des cris continuels; la circulation était manifestement ralentie; ses yeux ternes et sa grande agitation témoignaient de ses souffrances. Il avait commencé, dès le second jour, à prendre le sein; mais, depuis plus de trente-six heures, il avait complétement refusé de téter. Pas de vomissement. Le ventre est gros, tendu, météorisé; sur les parois abdominales se dessinent des veines dilatées, et derrière ces parois les intestins ont évidemment augmenté de volume. Je n'eus pas de peine à constater que ces accidents étaient causés par une atrésie anale; toutefois, un petit cul-de-sac très-étroit indiquait la place qu'aurait dû occuper l'orifice inférieur du gros intestin; le bec d'une sonde de femme pénétrant dans ce vestige d'ouverture se trouvait arrêtée à quelques lignes tout au plus.

Je n'ai pas besoin de dire que cet enfant était voué à une mort certaine, si je ne remédiais au plus vite à ce vice de conformation par une intervention quelconque. Je crus indiqué d'aller à la recherche du bout du rectum imperforé, c'est-à-dire de pratiquer un *anus-périnéal*, sans m'arrêter un seul instant à l'idée d'une ponction avec le trocart, que je considère comme une méthode détestable, car, en l'employant, on agit à l'aveugle, et on a presque toujours, pour ne pas dire toujours, grande chance d'échouer et de ne point pénétrer dans le bout intestinal dilaté.

Je ne soumis pas l'enfant aux vapeurs du chloroforme, car je pensai qu'en pareil cas les cris poussés par lui pouvaient contribuer à augmenter la tension du rectum, et faciliter, par conséquent, la recherche et la découverte du cul-de-sac. Le petit malade, couché sur un lit ordinaire et dans le décubitus dorsal, avait le bassin fortement relevé par un coussin placé par derrière, les jambes fléchies sur les cuisses et ces dernières portées dans l'abduction et confiées à un aide; un autre aide se chargeait de projeter sur le périnée convenablement distendu la lumière d'une petite *lampe réflecteur*. Je pratiquai d'abord le cathétérisme. N'ayant pas sous la main de cathéter métallique assez étroit pour pénétrer dans la vessie, je me contentai d'évacuer l'urine avec une sonde en gomme élastique de petite dimension que je laissai dans le réservoir urinaire pendant toute la durée de l'opération, qui dura près d'une heure, et fut, par conséquent, longue et laborieuse.

Je pratiquai, au niveau du point où se trouvait ce vestige d'anus, une incision verticale de 3 centimètres environ à l'aide d'un bistouri convexe, depuis la racine des bourses jusqu'au sommet du coccyx. Je divisai les tissus couche par couche, et, portant l'indicateur dans la plaie, je ne pus constater par le toucher non plus que par la vue l'existence de l'ampoule rectale. Je continuai, en faisant écarter les deux lèvres de l'incision, à sectionner les tissus, en ayant soin, toutefois, de me rapprocher beaucoup plus de la partie postérieure, c'est-à-dire de la région sacro-coccygienne, que de l'urèthre et de la vessie; je ne fus pas plus heureux, et je ne distinguai rien qui ressemblât au rectum distendu par du méconium. J'étais cependant parvenu à une profondeur de 2 centimètres. Fallait-il en rester là, comme le conseillent J.-L. Petit et Boyer? Fallait-il pratiquer l'entérotomie lombaire par l'ingénieuse méthode Callisen modifiée par Amussat, ou bien l'anus artificiel iliaque par le procédé de Littre? Fallait-il, enfin, passer outre, et continuer, malgré la profondeur où je me trouvais, à me tracer une voie dans la région périnéale, avec l'espoir de rencontrer le but de mes recherches, l'ampoule fécale? C'est à cette dernière opinion que je m'arrêtai, et je m'en trouvai bien, comme va le prouver la suite de cette observation.

Restant bien exactement au niveau de la ligne médiane, je divisai encore avec le bistouri les tissus profonds; puis, déchirant avec la pulpe du doigt les couches cellulaires par un mouvement de vrille, mais lentement et patiemment, et en m'aidant aussi de la sonde cannelée, je parvins à une profondeur de plus de 2 centimètres et demi; je ne découvris pas l'intestin, mais je ne voulus pas renoncer à le chercher sans profiter de la *résection du coccyx* qui, comme on le sait, élargit singulièrement le champ opératoire. Cette partie du squelette fut donc coupée avec des ciseaux courbes, d'autant plus facilement qu'elle est entièrement cartilagineuse, et cela dans une étendue de 1 centimètre et demi au moins. Le petit malade, malgré ces longues recherches infructueuse, n'avait presque pas perdu de sang, parce que j'avais plutôt déchiré que divisé les tissus. Une fois la résection du coccyx achevée, j'eus le bonheur d'apercevoir au fond de la plaie, et après m'être fait encore du jour en déchirant avec la sonde cannelée, une masse noire qui, par sa position et par la tension dont elle était le siége lorsque l'enfant criait, ne pouvait être autre chose que l'ampoule rectale fortement distendue par le méconium. J'étais arrivé à une profondeur certainement de plus de 3 centimètres : ce fut là la première étape de mon opération.

J'attirai alors en bas, à l'aide d'une petite pince à griffes, et avec les plus grandes précau-

tions, ce cul-de-sac, et je sentis, à ma grande satisfaction, qu'il s'ébranlait et suivait, sans se déchirer, la direction que je lui imprimais, sans être obligé de le détacher soit en avant, soit sur les parties latérales, où souvent il contracte des adhérences. J'amenai le cul-de-sac jusqu'au niveau de la boutonnière périnéale que j'avais pratiquée, et qui devait constituer l'anus, mais je ne le fis pas sortir à l'extérieur. Mon but était alors atteint : établir les sutures et ponctionner l'ampoule furent les deux derniers temps de l'opération. Je passai d'abord, à travers l'ampoule et le bord de la plaie, quatre anses de fils de soie, chacune aux extrémités des deux diamètres vertical et transversal; puis, plongeant le bistouri au centre de l'ampoule, je donnai issue à une grande quantité de méconium et de gaz en introduisant une sonde métallique de femme dans la cavité intestinale. Après cette évacuation, je complétai mes sutures, et quatre autres anses furent passées chacune dans le segment laissé libre par les quatre premières. Je laissai dans le rectum un bout de sonde en caoutchouc rouge, que je fixai à l'extérieur sans faire d'injection, et je ne prescrivis d'autre pansement qu'une compresse imbibée d'eau alcoolisée et appliquée sur la plaie. Je recommandai de tenir l'enfant bien propre et au chaud, et dès le soir mon petit malade, qui avait été immédiatement soulagé, et dont le ventre était complétement affaissé, prit le sein, qu'il avait repoussé jusqu'alors, ne poussa plus de cris incessants, et put dormir quelques heures.

Le lendemain, l'enfant avait repris une bonne coloration; d'abondantes évacuations de méconium eurent lieu encore. La mère, qui avait beaucoup de lait, lui donnait le sein fréquemment. Au bout d'une huitaine de jours, je retirai les fils; la plaie était en grande partie cicatrisée, et les bords périnéal et rectal réunis entièrement. Je commençai à faire de la dilatation temporaire, que je renouvelai de loin en loin; mais, au bout de dix semaines, je ne jugeai pas opportun de la continuer. Le petit garçon était bien vivant, avait grossi, tétait à merveille et avait presque des selles quotidiennes, mais sans incontinence.

J'ai présenté à la Socité de médecine de Paris, tout récemment (séance du 10 mars 1877), cet enfant, âgé aujourd'hui de 6 mois : il est frais, gros et bien portant, faisant honneur à sa mère, qui continue à l'allaiter, et qui ne lui a encore donné ni bouillie ni farine de Nestlé. L'anus est parfaitement reconstitué, et n'est pas plus le siége de rétrécissement qu'il ne l'a été d'incontinence immédiatement après l'opération. L'orifice anal est de grandeur normale, avec un peu d'érythème à son pourtour, et retient bien les matières. Les selles sont régulières; mais l'enfant est plutôt légèrement constipé de temps en temps.

Réflexions. — L'atrésie anale, exigeant, pour éviter la mort certaine, une rapide intervention, nous n'avons pas à insister sur l'urgence qu'il y avait, chez notre petit malade, à créer une voie de sortie au méconium. Quelques chirurgiens ne se pressent pas cependant d'opérer, dans l'espoir que, plus on attend, plus l'ampoule fécale, distendue, est facilement accessible. Chez notre enfant, la naissance datait de trois jours; il n'y avait par conséquent pas lieu de temporiser; mais, d'une façon générale, nous croyons que cette réplétion du gros intestin par le méconium n'est pas chose inoffensive, et qu'il vaut mieux intervenir le plus tôt possible, attendre vingt-quatre ou trente-six heures si l'on veut, mais, passé ce temps, ne plus hésiter.

Quant au choix de la méthode, il n'y a guère non plus d'hésitation permise; c'est l'*entérotomie périnéale* qui est la meilleure, et c'est elle, quelle que soit l'issue de l'opération (issue impossible à prévoir), que l'on doit toujours préférer. L'emploi du trocart nous paraît beaucoup trop incertain (car il agit à l'aveugle) pour pouvoir être préconisé en pareil cas : tout au plus convient-il dans ces exemples où l'anus, bien conformé, se termine en cul-de-sac auquel se trouve adossé un second cul-de-sac intérieur constitué par l'ampoule rectale, comme dans le fait que M. Polaillon vient de nous communiquer à la Société de médecine, dans la séance du 24 mars. Dans cette observation, l'opérateur, sans faire aucune incision, ponctionna, à l'aide du trocart filiforme, du côté du sacrum, et eut la sensation d'une poche distendue qui se crevait; une goutte de méconium s'échappa ; il remplaça le trocart par la sonde cannelée, put retrouver l'ouverture qu'il avait produite, et incisa le cul-de-sac rectal avec un bistouri : le méconium sortit en abondance; la dilatation fut pratiquée, et, huit jours après, l'enfant quittait la Maternité-Cochin en bon état. Guersent a imaginé, à cet effet, un petit trocart courbe cannelé, qui a pour but de convertir ces deux temps en un seul. Mais, je le répète, dans la plupart des cas, il est inopportun, dangereux même de se servir du trocart, et nous devons avoir uniquement recours à l'entérotomie périnéale, opération très-grave sans doute, mais qui est la seule capable de permettre à l'enfant d'échapper aux conséquences mortelles de cette terrible malformation.

Certains chirurgiens ont l'habitude de placer l'enfant sur les genoux et le ventre : je crois que, pour ne pas entraver la respiration du sujet, pour éviter de déplacer l'ampoule stercorale et pour satisfaire à la commodité du chirurgien, il est bien préférable d'opérer le malade couché dans le décubitus dorsal, le bassin relevé par un coussin un peu dur; car, dans cette situation, le regard plonge plus aisément dans la profondeur de la cavité du sacrum, que nous devons toujours avoir en vue.

Guersent préférait l'incision horizontale (—), d'autres font une incision cruciale (+); la section verticale (|), au niveau du point où existe le vestige d'anus, incision peu étendue tout d'abord, mais que l'on peut ultérieurement allonger depuis la racine des bourses jusqu'au coccyx; la section verticale, dis-je, est celle qui me semble répondre le mieux aux besoins de l'opérateur et à la sécurité du malade; car elle se trouve située juste sur la ligne médiane, dont il faut, à tout prix, éviter de s'écarter.

Parvenu à une profondeur de près de 3 centimètres, nous n'avons pas jugé opportun d'abandonner encore la voie périnéale pour nous décider à appliquer soit la méthode de Littre (entérotomie iliaque), soit celle de Callisen (entérotomie lombaire); car nous savons, par l'expérience de bien des chirurgiens de notre époque, qu'il est possible d'atteindre par le périnée l'ampoule rectale à une profondeur bien plus considérable. M. Samuel S. Thorn (*The med. Record New-York*, 1er avril 1873,

p. 147), nous apprend en effet que, dans l'un des quatre cas d'imperforation de l'anus chez des garçons, publiés par lui, il est arrivé, et avec succès, jusqu'à 2 pouces et demi. L'enfant a guéri.

Dans la séance du 22 juillet 1856, Alph. Robert lut un rapport sur un travail communiqué à l'Académie de médecine par M. Leprestre, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Caen et professeur de clinique externe à l'École secondaire de la même ville (1). Ce travail est relatif à un enfant atteint d'imperforation complète de l'anus, en proie à de graves accidents. Rien ne faisait soupçonner l'existence, dans la région périnéale, d'un intestin distendu par les matières. M. Leprestre, après avoir inutilement pratiqué une incision dans cette région, *recourut de suite* à la ressource ultime de l'établissement d'un anus contre nature. Il se décida pour la méthode de Littre : incision d'environ 2 centimètres au-dessus de l'arcade fémorale, ouverture du péritoine, recherche de l'S iliaque, incision, sutures. Quatorze mois après, l'enfant meurt du choléra, et, à l'autopsie, on *trouve le cul-de-sac rectal s'arrêtant à 35 millimètres du périnée :* de la terminaison partait un cordon allant se perdre dans la peau du périnée. Évidemment, si l'opérateur, dans ce cas, n'avait pas craint d'aller plus profondément dans la région périnéale, il n'aurait pas manqué de rencontrer l'ampoule fécale, et aurait établi un anus naturel.

Je ne dis pas qu'il faille pousser la dissection jusqu'à une distance égale *à la longueur du doigt*, comme l'a fait M. Samuel S. Thorn dans deux de ses observations (terminées par la mort) ; mais la gravité des entérotomies iliaque ou lombaire, et la situation bien pénible (en supposant la réussite) qu'elles entraînent à leur suite, nous autorisent à nous frayer une voie un peu hardie dans la région périnéale :
« Si on consulte, dit Giraldès (Dictionnaire Jaccoud, ANUS (Malformations de l'),
« le petit nombre de malades qui ont guéri à la suite de l'une ou l'autre de ces opé-
« rations (Littre, Callisen), ils sont presque tous au regret d'avoir survécu ; car rien
« n'est pénible comme la dégoûtante infirmité dont ils sont atteints. Il faut dire
« cependant que quelques-uns ont guéri, et que, dans les auteurs qui ont traité ce
« sujet, on cite des opérés qui ont vécu 14 ans, 22 ans, 40 ans et même 43 ans. »

Bien plus, en supposant qu'on n'ait pas trouvé l'ampoule rectale à une grande profondeur, je conseillerais, à l'exemple de bien d'autres chirurgiens, avant d'établir un anus artificiel, et à moins d'indications absolument urgentes du côté du ventre, je conseillerais de faire encore un peu d'expectation, car en laissant l'enfant tranquille, quelques heures, un jour, trente-six heures, on peut avoir la chance (bien éphémère à la vérité, j'en conviens), de voir, comme dans un cas fourni par Roux de Brignoles dans les *Archives générales de médecine* de 1845, l'intestin descendre

(1) Alph. Robert, *Bulletins de l'Académie de médecine*. Paris, 1855-56, t. XXI, p. 931.

et former une tumeur marronnée entre les lèvres de la plaie laissée par l'instrument tranchant.

Du reste, grâce au perfectionnement apporté à cette opération par M. Verneuil, nous avons maintenant un moyen d'atteindre l'intestin à une hauteur réputée précédemment inaccessible ; je veux parler de la *résection du coccyx* que nous avons pratiquée, sans hésiter, chez notre malade, et qui nous a permis d'arriver au but désiré. Je ne conteste pas que ce surcroît de traumatisme enlève encore au petit malade quelqu'une des chances de guérison; mais, en tout cas, la gravité de son état n'est pas à comparer avec celle qu'entraînent les méthodes de Littre ou de Callisen. L'incision ou plutôt la division médiane du coccyx pratiquée avec des ciseaux par M. Polaillon lui a paru suffisante pour donner assez d'espace aux recherches de l'ampoule rectale. Cependant nous aurions tendance à croire que, dans les cas où cette ampoule est située très-haut, elle peut être encore insuffisante. Enfin, cette section coccygienne est-elle beaucoup plus inoffensive que la résection proprement dite? C'est un point que nous ne saurions élucider, car les observations font défaut pour avoir un terme de comparaison.

M. Delens (Soc. de chir., juillet 1875) a signalé un fait important, mais heureusement exceptionnel, comme conséquence de cette résection. Trois mois après l'opération, qui avait été suivie d'une guérison rapide, il survint un *prolapsus anal* de la grosseur d'une mandarine et paraissant irréductible. C'est le premier cas de ce genre où cet accident ait été mentionné. M. Verneuil, en effet, a pratiqué trois fois la résection coccygienne chez des enfants sans avoir observé cette complication, et, dans l'exemple qui m'est personnel, je n'ai constaté rien de pareil. L'état misérable dans lequel l'enfant se trouvait à ce moment ne permit pas à M. Delens de recourir à une nouvelle opération pour obtenir la réduction. Ce chirurgien s'est demandé, fort judicieusement, si la résection du coccyx et la destruction des moyens de suspension du sphincter ne sont pas pour quelque chose dans la chute du rectum. Attendons les faits pour résoudre la question, et contentons-nous de rappeler qu'une prédisposition particulière chez cet enfant, élevé dans de détestables conditions, avait favorisé le développement de plusieurs hernies.

Un fois l'ampoule trouvée, je ne me suis pas contenté de l'ouvrir et de la laisser en place comme dans l'exemple de M. Samuel Thorn, cité plus haut. Cette conduite a trop de chance d'exposer à l'infiltration des matières dans le tissu cellulaire et aux rétrécissements consécutifs, et je crois qu'il est bien préférable de chercher à compléter l'opération en appliquant la modification introduite par Amussat, et qui est connue aujourd'hui sous le nom de *proctoplastie* (traction de l'ampoule en bas et suture des bords de l'intestin avec la plaie cutanée). Ce temps n'est pas toujours facile à obtenir, car il peut exister des adhérences en avant du côté de la vessie et sur les parties latérales ; mais, si on a le bonheur de l'exécuter, comme je l'ai fait

chez mon malade, on place l'opéré dans les meilleures conditions pour éviter les accidents ultérieurs.

Telles sont les quelques réflexions qui m'ont été inspirées, *au point de vue opératoire*, par l'observation qu'on vient de lire. *Au point de vue des conséquences*, on se rappelle que les suites ont été d'une simplicité peu habituelle : *aucune incontinence* bien accentuée pendant les jours qui ont suivi l'opération, aucune trace de rétrécissement anal au bout de six mois, et cela sans avoir pratiqué une dilatation bien soutenue, sont deux points importants sur lesquels j'ai désiré appeler l'attention, sans préjuger toutefois sur le maintien des fonctions et de la forme normale de l'anus dans un temps plus éloigné de nous.

TABLE DES MATIÈRES

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

